

ИЗЈАВА

Изјављујем да због постојања правних сметњи не могу да остварим право на здравствено осигурање по споразуму о социјалном осигурању са _____

(назив државе)

из које примам пензију, односно инвалиднину.

У _____, дана, _____ год.

ПОДНОСИЛАЦ ИЗЈАВЕ

(име и презиме)

(ЈМБГ)

(адреса становања)

(контакт телефон)

НАПОМЕНА: Изјава се даје да би подносилац изјаве могао да буде здравствено осигуран по члану 11. став 1. тачка 26) Закона о здравственом осигурању