

## ИЗЈАВА О НЕПРОМЕЊЕНИМ ПОДАЦИМА ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ

Изјављујем да се подаци који се односе на чланове моје породице, а који су у претходном периоду били здравствено осигурани преко мене као носиоца осигурања, нису променили.

Изјаву дајем под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

У \_\_\_\_\_, дана, \_\_\_\_\_ год.

ИЗЈАВУ ДАЈЕ

\_\_\_\_\_  
(име и презиме)

\_\_\_\_\_  
(ЈМБГ или ЛБО)

\_\_\_\_\_  
(адреса становања)

Потврђујем да је наведену изјаву дао/ла \_\_\_\_\_, запослен/а у  
(име и презиме)

\_\_\_\_\_  
(назив послодавца), у сврху здравственог осигурања чланова породице.

М.П.

Овлашћено лице  
послодавца

**НАПОМЕНА:** Ова изјава се даје када се радни однос запосленог код истог послодавца продужава анексима уговора о раду у континуитету (без прекида).