

Филијала: _____

Испостава: _____

Број: _____

Датум: _____ 20 ____ год.

На основу члана _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину ("Сл. гласник РС" бр _____) и члана _____ Правилника о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Сл. гласник РС" бр. _____), подносим:

ЗАХТЕВ**ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ПУНОМ ИЗНОСУ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА**

1) _____
(име и презиме) _____ (место, улица и број)

ЈМБГ [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |] ЛБО [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |]

2) Изјављујем да *:

2.1 живим сам

2.2 живим у заједничком домаћинству са члановима породице и то:

Рд Бр	Име и презиме	Сродство	ЈМБГ	ЛБО
1.			[]	[]
2.			[]	[]
3.			[]	[]
4.			[]	[]
5.			[]	[]
6.			[]	[]

3) Уз захтев подносим за себе и чланове породице следеће доказе:

НАПОМЕНА:

Чланови породице из тач. 2) и 3) овог захтева су: супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и родитељи, под условом да живе у заједничком домаћинству.

У _____
(датум и место)

Подносилац захтева

_____ (потпис)