ОБРАЗАЦ УП-1

Републички фонд за
здравствено осигурање
Филијала: _____
Испостава: _____
Број:
Датум

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 (“Службени гласник РС“, бр. _____), подносим

З А Х Т Е В
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.

Подносилац захтева

У _____ _____
(датум и место) (потпис)

* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке