

Републички фонд за  
здравствено осигурање  
Филијала: \_\_\_\_\_  
Испостава: \_\_\_\_\_  
Број:  
Датум

ОБРАЗАЦ УП-2

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. \_\_\_\_\_), а по поднетом захтеву \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_, издаје се:

**П О Т В Р Д А**  
**ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ПУНОМ ИЗНОСУ НА ТЕРЕТ**  
**СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА**

1) \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме) (место, улица и број)

ЈМБГ  ЛБО  И

2) Члановима породице \*:

| Рд<br>Бр | Име и презиме | Сродство | ЈМБГ  | ЛБО   |
|----------|---------------|----------|---|---|
| 1.       |               |          | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 2.       |               |          | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 3.       |               |          | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 4.       |               |          | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 5.       |               |          | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |
| 6.       |               |          | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> |

3) Потврда се издаје са роком важности до 31. децембра 2015. године, а најкасније до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2016. годину.

4) Потврда важи уз здравствену књижицу.

Овлашћено лице

МП

\_\_\_\_\_

\* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке