

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Филијала: \_\_\_\_\_

Испостава: \_\_\_\_\_

Број: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

ОБРАЗАЦ УП-3

На основу члана \_\_\_\_\_ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за \_\_\_\_\_ годину („Службени гласник РС” број \_\_\_\_\_), а по поднетом захтеву \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_, издаје се:

**ПОТВРДА**  
**О ПРЕСТАНКУ ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ У ТОКУ**  
**\_\_\_\_\_ ГОДИНЕ**

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

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

Има право на здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације од \_\_\_\_\_ до 31. децембра \_\_\_\_\_ године, због плаћене партиципације у износу који је већи од највишег годишњег износа партиципације утврђеног за \_\_\_\_\_ годину.

Потврда важи уз исправу о осигурању.

Овлашћено лице

М.П.

\_\_\_\_\_