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

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" бр ____) и члана _____ Правилника о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС" бр. ____), а по поднетом захтеву_____из _____, издаје се:

П О Т В Р Д А

О ПРЕСТАНКУ ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ У ТОКУ 2014. ГОДИНЕ

ЈМБГ ЛБО

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Има право на здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације од _____ до 31. децембра 2014. године, због плаћене партиципације у износу који је већи од највишег годишњег износа партиципације утврђеног за 2014. годину

МП

Потврда важи уз здравствену књижицу.

Овлашћено лице

_____