

Број Потврде:

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Филијала: _____

Пословница/Експозитура: _____

Датум издавања потврде: _____

Потврда о здравственом осигурању**1. Подаци о лицу коме се издаје Потврда**

ЈМБ: _____

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Адреса пребивалишта: _____

2. Подаци о носиоцу осигурања

ЈМБ: _____

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Адреса пребивалишта: _____

Носилац осигурања за: Члана уже породице Члана шире породице Члана породичног домаћинства

Потврда се издаје ради коришћења права из здравственог осигурања до издавања електронске здравствене картице, а најкасније до:

. . . године
(датум важења Потврде)

са правом на:

 пуни обим права из здравственог осигурања само за случај хитне медицинске помоћи

За осигурано лице за које нису плаћени доспјели доприноси за обавезно здравствено осигурање, у простор предвиђен за уписивање рока важења Потврде (датум важења) уписује се ознака „0“ – без ознаке рока до када Потврда важи, у ком случају лице остварује право на здравствену заштиту само у случају хитне медицинске помоћи.

Потврда се користи уз личну карту за лица која су по закону обавезна да имају личну карту.

М. П.

Потпис овлашћеног лица