

ИЗЈАВА

ПОД ПУНОМ МАТЕРИЈАЛНОМ И КРИВИЧНОМ ОДГОВОРНОШЋУ ИЗЈАВЉУЈЕМО ДА ЛИЦЕ _____ ИЗДРЖАВА ЧЛАНА ШИРЕ ПОРОДИЦЕ _____ У СМИСЛУ ЧЛАНА 19. СТАВ 6. ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ.

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ И СВЈЕДОЦИМА:		
ОСИГУРАНИК:		
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ПОТПИС:
ЈМБ:		
АДРЕСА СТАНОВАЊА:		
СВЈЕДОК:		
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ПОТПИС:
ЈМБ:		
АДРЕСА СТАНОВАЊА:		
СВЈЕДОК:		
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ПОТПИС:
ЈМБ:		
АДРЕСА СТАНОВАЊА:		

ИЗЈАВА СЕ КОРИСТИ У СВРХУ РЕГУЛИСАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У ФОНДУ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ И У ДРУГЕ СВРХЕ СЕ НЕ МОЖЕ КОРИСТИТИ.

У _____, ДАНА _____ ГОДИНЕ