

ИЗЈАВА

ПОД ПУНОМ МАТЕРИЈАЛНОМ И КРИВИЧНОМ ОДГОВОРНОШЋУ ИЗЈАВЉУЈЕМО ДА ЈЕ ЛИЦЕ _____ ЧЛАН ПОРОДИЧНОГ ДОМАЋИНСТВА ЛИЦА КОЈЕ ОБАВЉА ПОЉОПРИВРЕДНУ ДЈЕЛАТНОСТ _____ У СМИСЛУ ЧЛАНА 19. СТАВ 3. ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ, И ДА НЕ ИСПУЊАВА УСЛОВЕ ЗА ПРИЈАВУ НА НЕКИ ОД ОСНОВА ОСИГУРАЊА ИЗ ЧЛАНА 15. ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ.

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ (ЛИЦУ КОЈЕ ОБАВЉА ПОЉОПРИВРЕДНУ ДЈЕЛАТНОСТ) И ЧЛАНУ ПОРОДИЧНОГ ДОМАЋИНСТВА:		
ОСИГУРАНИК:		
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ПОТПИС:
ЈМБ:		
ЧЛАН ПОРОДИЧНОГ ДОМАЋИНСТВА:		
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ПОТПИС:
ЈМБ:		
ЗАЈЕДНИЧКА 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