

ИЗЈАВА

ПОД ПУНОМ МАТЕРИЈАЛНОМ И КРИВИЧНОМ ОДГОВОРНОШЋУ ИЗЈАВЉУЈЕМ ДА У СМISЛУ ЧЛАНА 20. СТАВ 1. ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ НЕ ИСПУЊАВАМ УСЛОВЕ ЗА ПРИЈАВУ НА НЕКИ ОД ОСНОВА ОСИГУРАЊА ИЗ ЧЛАНА 15. ТАЧКЕ ОД 1. ДО 17. ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ И НЕ ОСТВАРУЈЕМ ПЕНЗИЈУ ИЛИ ИНВАЛИДНИНУ ОД ИНОСТРАНОГ ИСПЛАТИОЦА, НИТИ ИСПУЊАВАМ УСЛОВЕ ЗА УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА ПРЕМА ЧЛАНУ 19. ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ.

ПОДАЦИ О ЛИЦУ КОЈЕ ДАЈЕ ИЗЈАВУ:		
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