

ИЗЈАВА

ПОД ПУНОМ МАТЕРИЈАЛНОМ И КРИВИЧНОМ ОДГОВОРНОШЋУ ИЗЈАВЉУЈЕМО ДА СМО У ВАНБРАЧНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ ДУЖЕ ОД ТРИ ГОДИНЕ ПРИЈЕ ПОДНОШЕЊА ПРИЈАВЕ НА ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ.

ПОДАЦИ О ВАНБРАЧНИМ СУПРУЖНИЦИМА:		
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ПОТПИС:
ЈМБ:		
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