

Назив орг. јединице Фонда(захтјева): _____

Назив орг. јединице Фонда(уручења): _____

Број захтјева: _____

Вријеме захтјева: _____

Вријеме штампања: _____

Захтјев за издавање – замјену електронске здравствене картице

1. Врста захтјева	<input type="checkbox"/> Прво издавање картице	<input type="checkbox"/> Замјена картице
--------------------------	--	--

2. Разлог замјене	
<input type="checkbox"/> Промјена личних података на картици	<input type="checkbox"/> Оштећена
<input type="checkbox"/> Украдена	<input type="checkbox"/> На други начин недоступна
<input type="checkbox"/> Изгубљена	

3. Подаци о осигуранику
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

4. Подаци о осигураном лицу
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

Напомена:

Разлог замјене се попуњава за случај да је одабрана врста захтјева „Замјена картице“.

Картица се издаје осигураном лицу.

У случају да је осигурано лице малољетно, захтјев за издавање картице подноси законски заступник.

Потпис подносиоца захтјева

Потпис овлашћеног лица