

Прилог број 1.

## ПРИЈАВА ПОВРЕДЕ ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

\_\_\_\_\_  
Презиме и име/назив и сједиште подносиоца пријаве

\_\_\_\_\_  
Јединствени матични/идентификациони број подносиоца пријаве

\_\_\_\_\_  
Адреса подносиоца пријаве

\_\_\_\_\_  
Број телефона подносиоца пријаве

Дана \_\_\_\_\_ године, приликом кориштења здравствене заштите у здравственој установи \_\_\_\_\_ повријеђена су моја права из здравственог осигурања, на сљедећи начин:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Напријед наведене наводе документујем сљедећим:

Прилог: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_

Подносилац

Дана \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_