

Пуни назив подносиоца Захтјева	
Адреса	
Телефон/e-mail	

**ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ
Сектор за уговарање здравствених услуга и јавне набавке
Ул. Здраве Корде бр. 8
Бања Лука**

ЗАХТЈЕВ

о испоруци медицинских средстава осигураним лицима Фонда здравственог осигурања
Републике Српске

Обраћамо вам се са Захтјевом да се за период

од _____ 2016. до 31.12.2016. године, закључимо Уговор о испоруци медицинских
(дан/мјесец)
средстава осигураним лицима Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

Списак документације која се прилаже уз захтјев:

1. **Доказ** да су измирене све доспјеле обавезе у вези са плаћањем пореза и доприноса закључно са 30.11.2015. године (Увјерење издано од стране Пореске управе Републике Српске).

Датум: _____

М.П. _____
Име и презиме лица овлаштеног
за заступање