

| | |
|--------------------------------------------------|--|
| РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ | |
| ФИЛИЈАЛА | |
| ИСПОСТАВА | |

**ЗАХТЕВ ЗА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА
ПРУЖЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА**

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА (ОСИГУРАНО ЛИЦЕ) | |
| Презиме и име | |
| Адреса | |
| Број телефона | |
| ЛБО осигураног лица | |
| ПОДАЦИ О НАПЛАЋЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ | |
| Назив здравствене установе | |
| Износ (у динарима) | |
| Назив здравствене установе или приватне праксе која је пружила и наплатила здравствену услугу | |
| Име, презиме и специјалност лекара који је пружио здравствену услугу | |

Прилози (заокружити број за документацију која се подноси):

- 1) упут за преглед за здравствену установу са евидентираним датумом заказивања прегледа;
- 2) потврда здравствене установе (Образац ПЗ);
- 3) рачун о плаћеној здравственој услузи;
- 4) медицинска документација – фотокопија (специјалистички налаз и др. о пруженој здравственој услузи за коју се подноси захтев за рефундацију);
- 5) фотокопија здравствене књижице или оригинал на увид.

Место, датум

Потпис осигураног лица
