РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

УЛ. ЈОВАНА МАРИНОВИЋА БРОЈ 2.

11040 БЕОГРАД

ПРЕДМЕТ: Захтев за повраћајем средстава

 на име тестирања на лични захтев

 Овим путем подносим/о захтев за повраћајем средстава на име тестирања на лични захтев:

 1. Подаци о уплати по основу које се захтева повраћај средстава:

* Датум уплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Износ уплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Сврха уплате (врста тестова) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. Повраћај средстава се захтева у следећем износу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. РАЗЛОГ ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА ЗА ПОВРАЋАЈЕМ СРЕДСТАВА:

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

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

Г. НАЗИВ БАНКЕ, ВЛАСНИК И БРОЈ ТЕКУЋЕГ РАЧУНА НА КОЈИ ТРЕБА ИЗВРШИТИ ПОВРАЋАЈ СРЕДСТАВА:

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

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

 Подаци о подносиоцу захтева

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

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

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

Прилог:

* Налог за уплату;
* Копија картице текућег рачуна;
* Изјава овлашћеног лица правног лица;
* Списак лица (када уплату врши правно лице)

(заокружити шта се прилаже)

 У случају када се захтев подноси електронским путем прилози морају бити скенирани.