

ИЗЈАВА

Изјављујем да се подаци који се односе на чланове моје породице, а који су у претходном периоду били здравствено осигурани преко мене као носиоца осигурања, нису променили.

Изјаву дајем под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

У _____, дана, _____ год.

ИЗЈАВУ ДАЈЕ

(име и презиме)

(ЈМБГ или ЛБО)

(адреса становања)

Потврђујем да је наведену изјаву дао/ла _____, запослен/а у
(име и презиме)

_____, у сврху здравственог осигурања чланова породице.
(назив послодавца)

М.П.

Овлашћено лице
послодавца

НАПОМЕНА: Ова изјава се даје када се радни однос запосленог код истог послодавца продужава анексима уговора о раду у континуитету (без прекида).