

ФИЛИЈАЛА _____

ИСПОСТАВА _____

АДРЕСА _____

ИЗЈАВА

На основу члана 12. став 2. Правилника о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања обавезујем се овом изјавом, под материјалном и кривичном одговорношћу, да ћу одобрено помагало _____ оверено у матичној филијали _____

(назив помагала и шифра)

(матична филијала)

преузето код овлашћеног испоручиоца, по престанку потребе за коришћењем, помагало вратити матичној филијали.

ОВЕРА матичне филијале

М.П.

ИЗЈАВУ ДАО

Број: _____

Датум: _____

(одговорни радник)

(презиме и име)

ЈМБГ: _____

Адреса: _____

Лична карта бр. _____

Помагало _____ издато је дана _____ осигураном лицу _____

(назив помагала и шифра)

(датум)

(презиме и име)

Испоручилац

М.П.

Пријем помагала потврђује

(одговорни радник)

(презиме и име)

Образац реверса попуњава се у три примерка. Један примерак обрасца реверса задржава матична филијала при овери Обрасца ОПП, а два примерка Обрасца реверса враћају се осигураном лицу, које их предаје испоручиоцу помагала. Један примерак Обрасца реверса испоручилац враћа осигураном лицу, а други примерак Обрасца реверса испоручилац доставља филијали уз рачун за испоручено помагало.