

Образац ОЗ - 12

ПОТВРДА О КОРИШЋЕЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНОСТРАНСТВУ

1.	Осигураник	ЈМБГ										
		ЛБО										
1.1	Презиме	Име										
1.2	Датум рођења											
1.3	Адреса у Републици Србији											
2.	Члан породице	ЈМБГ										
		ЛБО										
2.1	Презиме	Име										
2.2	Датум рођења											
2.3	Сродство са носиоцем Осигурања											
2.4	Адреса у Републици Србији											
3.	Основ боравка у иностранству											
3.1	Деташирани радник											
3.2	Запослен у домаћинству домаћег држављанина на служби у тој земљи, код међународних и страних организација, односно послодаваца, упућен на рад											
3.3	Упућен на школовање, стручно усавршавање и специјализацију											
3.4	Службени пут											
3.5	Приватни боравак											
4.	Ова потврда важи за осигураника 1. ☐											
	за члана породице 2. ☐											
За период			од		до							
5. Надлежна Филијала здравственог осигурања												
Назив												
Адреса												
Број			Печат				Потпис					
Датум												