

**ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ МАРКИЦА РЕПУБЛИЧКОМ ЗАВОДУ ЗА  
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ**

**ДАТУМ :**

**ПОДАЦИ О ОРГАНИЗАЦИОНОЈ ЈЕДИНИЦИ РЗЗО**

**ФИЛИЈАЛА:**

**ИСПОСТАВА :**

**ПОДАЦИ О ОБВЕЗНИКУ УПЛАТЕ ДОПРИНОСА**

**НАЗИВ:**

**АДРЕСА СЕДИШТА :**

**П И Б :**

**МАТИЧНИ БРОЈ :**

**ПОДАЦИ О БРОЈУ МАРКИЦА КОЈЕ СУ ПОТРЕБНЕ**

**УКУПАН БРОЈ ЗАПОСЕНИХ И  
ПРЕКО ЊИХ ОСИГУРАНИХ ЛИЦА  
КОЈИМА СЕ ОВЕРАВА ЗДРАВСТВ.  
КЊИЖИЦА И ЗА КОЈЕ ЈЕ ПОТРЕБНА  
МАРКИЦА**

**ПОДАЦИ О ОВЛАШЋЕНОЈ ОСОБИ ЗА ПРЕУЗИМАЊЕ МАРКИЦА**

**ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:**

**ЈМБГ или ЛБО :**

**БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ ИЛИ  
ПАСОША:**

**КОНТАКТ ТЕЛЕФОН :**

**ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ ЛИЦА**

**( МП )**

---