

Назив орг. јединице Фонда: \_\_\_\_\_

Број захтјева: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

## Захтјев за издавање – замјену електронске здравствене картице

1. Врста захтјева	<input type="checkbox"/> Прво издавање картице	<input type="checkbox"/> Замјена картице
-------------------	--	--

2. Разлог замјене	
<input type="checkbox"/> Истек рока важења	<input type="checkbox"/> Изгубљена
<input type="checkbox"/> Промјена личних података на картици	<input type="checkbox"/> Уништена
<input type="checkbox"/> Украдена	<input type="checkbox"/> На други начин недоступна

3. Подаци о осигуранику/осигураном лицу
ЈМБ:
Име и презиме:
Адреса пребивалишта:

\_\_\_\_\_  
Потпис подносиоца захтјева

\_\_\_\_\_  
Потпис овлашћеног лица

### Напомена:

- Разлог захтјева се попуњава за случај да је одабрана врста захтјева „Замјена картице“.
- Картица се издаје осигуранику/осигураном лицу.
- У случају да је осигурано лице малољетно, захтјев за издавање картице подноси законски заступник.