

Филијала РФЗО

ОБРАЗАЦ КЗО - П2

Испостава

**ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ КАРТИЦА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (КЗО)
ЗА ЗАПОСЛЕНЕ И ЧЛАНОВЕ ПОРОДИЦА**

Назив обвезника плаћања доприноса _____

Седиште _____ адреса _____

Шифра делатности ПИБ - ЈМБГ

Рд. Бр.	Име Име једног родитеља Презиме	Лични број осигураника Јединствени матични број Основ осигурања (шифра) Пол и датум рођења	Члан породице Сродство Подаци о носиоцу осигурања	Датум пријаве Тренутна овера	Језик и писмо штампе Потпис
1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ЛБО: <input type="text"/> ЈМБГ: <input type="text"/> ОО: <input type="text"/> Пол М Ж Датум рођења: <input type="text"/>	Члан породице: ДА НЕ Сродство: _____ Име: _____ Презиме: _____ ЛБО: <input type="text"/> ЈМБГ: <input type="text"/>	<input type="text"/> датум пријаве <input type="text"/> тренутна овера	<input type="text"/> Потпис
2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ЛБО: <input type="text"/> ЈМБГ: <input type="text"/> ОО: <input type="text"/> Пол М Ж Датум рођења <input type="text"/>	Члан породице: ДА НЕ Сродство: _____ Име: _____ Презиме: _____ ЛБО: <input type="text"/> ЈМБГ: <input type="text"/>	<input type="text"/> датум пријаве <input type="text"/> тренутна овера	<input type="text"/> Потпис
3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ЛБО: <input type="text"/> ЈМБГ: <input type="text"/> ОО: <input type="text"/> Пол М Ж Датум рођења: <input type="text"/>	Члан породице: ДА НЕ Сродство: _____ Име: _____ Презиме: _____ ЛБО: <input type="text"/> ЈМБГ: <input type="text"/>	<input type="text"/> датум пријаве <input type="text"/> тренутна овера	<input type="text"/> Потпис

НАПОМЕНА 1:
Захтев садржи податке из матичне евиденције Републичког фонда за здравствено осигурање на дан _____

НАПОМЕНА 2:
Тачност података у табели захтева потврђује носилац осигурања за себе и чланове своје породице

М.П.

_____ Овлашћено лице послодавца