

ИЗЈАВА

Ние, долупотпишаните:

(име презиме и ЕМБГ на жената)

и

(име презиме и ЕМБГ на партнерот)

1. ИЗЈАВУВАМЕ дека имаме/немаме користено здравствени услуги за БПО вкупно _____ пати на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и тоа:
 - Остварено право на БПО постапка на товар на Фондот _____ пати;
 - Повраток на средства за остварена БПО постапка со решение/жалба на товар на средствата на Фондот _____ пати;
 - Упатена на лекување во странство за БПО на товар на средствата на Фондот _____ пати.
2. ИЗЈАВУВАМЕ дека во оваа брачна/вонбрачна заедница имаме/немаме заеднички пород.
3. ИЗЈАВУВАМЕ дека не сме во меѓусебно крвно сродство, роднини во права линија до четврти степен, односно роднини во странична линија до втор степен.
4. ИЗЈАВУВАМЕ дека сме запознаети со условите и правилата на Фондот за упатување и спроведување на БПО постапката.

Изјавата ја давам под полна морална, материјална и кривична одговорност.

Датум,

Име, презиме и потпис на барателот
Осигурено лице - жена

Име, презиме и потпис на партнерот
Брачен/вонбрачен
