

Здравствена установа: _____
ПИБ: _____
Матични број: _____
Адреса: _____
Текући рачун (буџетски): _____

ИЗЈАВА

Под пуном материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да се рачуни пописани у спецификацији број _____ од _____ године за период _____ (месец/година), у укупном износу _____ динара:

- односе на пружање хитне медицинске помоћи у складу са чланом 17. став 1. тачка 9) Закона о здравственој заштити;
- (заокружити тачку по којој подносите захтев за плаћање):

2а) да ова здравствена установа није наплатила ове услуге од Републичког фонда за здравствено осигурање у року од 90 дана од дана испостављања фактуре у складу са чланом 147 став 1. и 2. Закона о здравственој заштити (у прилогу доказ);

2б) да лице/лица коме/којима је пружена хитна медицинска помоћ нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем (у прилогу доказ из РФЗО-а);

2в) *да се пружена хитна медицинска помоћ односи на стране држављане са чијим земљама не постоји закључен међународни споразум о здравственом осигурању и од којих услуга није могла бити наплаћена (члан 240. Закона о здравственој заштити)

2г) *да се пружена хитна медицинска помоћ односи на стране држављане са чијим земљама је закључен међународни споразум али није било могуће наплатити ту услугу по споразуму (у прилогу доказ из РФЗО-а)

(име и презиме директора/овлашћеног лица)

(потпис и печат)

**државе са којима постоји Међународни споразум о здравственом осигурању: Белгија, Холандија, Италија, Француска, Црна Гора, Босна и Херцеговина, Македонија, Румунија, Турска, Аустрија, Бугарска, Хрватска, Мађарска, Немачка, Луксембург, Словачка, Словенија, Чешка, Пољска и Велика Британија*