

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:

ПИБ:

Матични број:

**Подаци о броју маркица које су потребне**

Укупан број запослених и преко  
њих осигураних лица којима се  
оверава здравствена 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:

М.П.

Потпис овлашћеног лица

---