

ИЗЈАВА

Јас _____ од _____, со место на живеење _____, со ЕМБГ: _____ во својство на _____ (осигуреник/родител/старател*) изјавувам дека немам подигнато, ниту правам заверка на потврда пред истек на рок за помагало со шифра _____ во претходниот период од ____ (месеци).

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

Дата:

Изјавил,

име и презиме

потпис

тел. бр. за контакт _____

***Да се напише и да се заокружи својството на осигуреникот**

Изјавата се заверува во архивата на Фондот и се доставува за заверка заедно со Потврдата за потреба од ортопедски помагало издадена од избран лекар/специјалист