РЕПУБЛИЧКИ ФОНД

ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

## МОЛБА

Ја, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, држављанин Русије, пасош број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, издат од стране \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Русија, 19.10.2017. године, важећи до 19.10.2027. године, датум рођења: 02.01.1973. године, место становања: Лозница, Лозница, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моја супруга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, држављанка Русије, пасош број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, издат од стране \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Русија, 19.10.2017. године, важећи до 19.10.2027. године, датум рођења: 02.01.1973. године, место становања: Лозница, Лозница, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моја кћерка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, држављанка Русије, пасош број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, издат од стране \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Русија, 19.10.2017. године, важећи до 19.10.2027. године, датум рођења: 02.01.1973. године, место становања: Лозница, Лозница, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и мој син \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, држављанин Русије, пасош број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, издат од стране \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Русија, 19.10.2017. године, важећи до 19.10.2027. године, датум рођења: 02.01.1973. године, место становања: Лозница, Лозница, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, молимо да нас укључите у систем здравственог осигурања РФЗО.

Ми не остварамо приходе из иностранства и немамо здравственог осигурања у Русије.

У Лозници 27.03.2023. године.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_