



ЗАХТЕВ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ
(донација - за запосленог који подноси за себе)

Број: *** /20**

(назив организационог дела)

КОМИСИЈИ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ¹

На основу члана 59. Колективног уговора за НИС а.д. Нови Сад и чл. 11. и 19. Правилника о ближим условима остваривања права и начину исплате солидарне помоћи (у даљем тексту: Правилник), подносим захтев за солидарну помоћ:

(име и презиме запосленог и САП број)

који обавља послове:

(назив радног места)

(назив ужег организационог дела)

1. Молим да ми одобрите трошкове за (заокружити одговарајуће слово):

А- лечење, операције, испитивање на скенеру и магнетној резонанци, набавку помагала,

В- набавку лекова,

С- лечење у бањи или климатском лечилишту

2. Подаци о трошковима:

(заокружити број 1. ако се тражи плаћање, када трошкови нису унапред плаћени, односно број 2. ако се тражи накнада-рефундација када су трошкови плаћени)

¹ Захтев за солидарну помоћ подноси се посебно за свако лице за које се тражи солидарна помоћ.



ЗАХТЕВ ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ
(донација - за запосленог који подноси за себе)

Број: *** /20**

1. Трошкови НИСУ ПЛАЋЕНИ. Тражим да извршите уплату:

здравственој установи	
на текући рачун бр.	
који се води код	

2. Трошкови СУ ПЛАЋЕНИ. Тражим да ми накнадите (рефундирате) трошкове уплатом на:

на текући рачун бр.	
који се води код	

Као доказ да су испуњени услови утврђени Правилником, прилажем:

- доказ специјалистичке здравствене установе, односно налаз лекара специјалисте о дијагностификованој болести, односно потреби лечења, операције, испитивања на скенеру и магнетној резонанци, набавке помагала, набавке лекова, лечење у бањи или климатском лечилишту – у зависности од тога на име чега се тражи плаћање.
- предрачун, рачун или др. зависно од тога да ли су трошкови плаћени:

ако <u>трошкови нису плаћени</u> (заокружен је бр. 1.):	ако су <u>трошкови плаћени</u> (заокружен је бр. 2.):
– предрачун (профактуру) здравствене установе/апотеке са бројем текућег рачуна на који се врши уплата, који садржи спецификацију здравствених услуга које ће се обавити, односно спецификацију лекова који се плаћају,	– рачун здравствене установе на основу кога је запослени извршио уплату, – општу уплатницу (признаницу) о плаћеним трошковима на текући рачун здравствене установе када је плаћање извршено преко банке или ПТТ, или фискални рачун или благајнички извештај о извршеној уплати са потписом и печатом или признаницу (потврду) да је уплата извршена у здравственој установи,

- рецепте лекара - за лекове који се налазе на позитивној листи.

	Потпис подносиоца захтева	
(Место)	ЈМБГ	
	Адреса	
(Датум)	Мобилни телефон,	
	Телефон на радном месту:	
	e-mail:	