

МИНИСТАРСТВО ЗА БРИГУ О ПОРОДИЦИ И ДЕМОГРАФИЈУ
Булевар Михајла Пупина 2, Београд

ЗАХТЕВ ЛИЦА КОЈЕ ЈЕ ОБОЛЕЛО ОД РЕТКИХ БОЛЕСТИ ЗА ДОДЕЛУ ВАУЧЕРА ЗА
КУПОВИНУ ЛЕКОВА И МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА

1. Име, име родитеља и презиме подносиоца захтева

2. ЈМБГ _____

3. Адреса пребивалишта, општина, место,

4. Улица и број, број телефона, адреса електронске поште

5. Број текућег рачуна пословне банке, назив банке и име и презиме власника текућег
рачуна:

- једном од родитеља малолетног, односно пунолетног лица које је оболело од ретке болести;
- родитеља који самостално врши родитељско право уз доказ о законском заступању;
- старатељу у случајевима када је правноснажном одлуком органа старатељства постављен за старатеља лица које је оболело од ретке болести за које се додељује ваучер уз доказ о законском заступању;
- хранитељу у случајевима када је правноснажном одлуком органа старатељства засновано хранитељство лица које је оболело од ретке болести за које се исплаћује ваучер уз доказ о законском заступању;
- пунолетном лицу које је оболело од ретке болести.

(обележити власника рачуна)

у _____
_____ 2024. године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА
