

Порачна служба \_\_\_\_\_

Бр. \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_ година

**ПОТВРДА  
ЗА ПОДИГАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА**

1. \_\_\_\_\_, од \_\_\_\_\_, со ЕЗБО \_\_\_\_\_,  
(име и презиме на осигуреникот) (место на живеење)

ПОТВРДУВАМ дека подигнувам нова електронска здравствена картичка со која се продолжува нејзиниот рок на важење, при што сум согласен личните податоци што се внесени во картичката да се користат само за остварување на правата од здравствено осигурување и здравствена заштита, а согласно прописите за заштита на личните податоци.

2. \_\_\_\_\_, од \_\_\_\_\_, со ЕЗБО \_\_\_\_\_,  
(име и презиме на осигуреникот) (место на живеење)

ПОТВРДУВАМ дека не ја подигнувам новата електронска здравствена картичка со која се продолжува нејзиниот рок на важење, поради промена на личните податоци. Истовремено барам да се изврши промена на следните лични податоци и тоа:

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

(да се наведат личните податоци кои треба да бидат променети), при што сум согласен личните податоци што се внесуваат во картичката да се користат само за остварување на правата од здравствено осигурување и здравствена заштита, а согласно прописите за заштита на личните податоци.

Место и дата:

\_\_\_\_\_

Потпис на примателот/барателот:

\_\_\_\_\_