

Образац број 3 (за запосленог)

(Име и презиме запосленог)

(Организациона јединица)

(Адреса – општина)

(Телефон)

(Број текућег рачуна)

(ЈМБГ)

Комисији за солидарну помоћ

ТРАНСПОРТГАС СРБИЈА доо Нови Сад

ЗАХТЕВ

за накнаду трошкова по основу солидарне помоћи запосленом у случају болести, здравствене рехабилитације, инвалидности

I Накнада трошкова је неопходна за:

Колективни уговор (члан 55. став 1. тачка 2.)

1. Лечење, које се не може обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација по основу обавезног здравственог осигурања;
2. Набавку лекова који се не могу обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација;
3. Набавку ортопедских помагала која се не могу обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација;
4. Здравствена рехабилитација која се не може обезбедити на основу обавезног здравственог осигурања или се плаћа партиципација.

II Медицинска документација, потврде, мишљења, рачуни и други докази
(доказ: оригинали, фотокопије и друго) _____

**III Мишљење лекара (специјалиста медицине рада) који учествује у раду
Комисије**

(Потпис и печат лекара)

IV Предлог Комисији

VI Одлука Комисије

Датум подношења

Подносилац

(потпис)