

Прилог 2.

ПОТВРДА

На захтев запосленог – крајњег корисника услуга, _____,
из _____, ул. _____ бр. _____,
ЈМБГ: _____, ЛК број _____ издата од ПУ _____, потврђујемо да је
именовани запослен у _____, да је у радном односу на
неодређено време почев од _____/на одређено време почев од _____ закључно
са _____ и да се може задужити по основу коришћења услуга Пакета здравља путем
административне забране код Дома здравља „MediGroup dr Ristić” до износа _____ динара месечне
рате.

Потврда се издаје на основу **Уговора број 11-467 од 29.11.2023. године** закљученог између Дома здравља
„MediGroup dr Ristić” и Министарства одбране Републике Србије.

М.П.

Овлашћено лице _____

ИЗЈАВА

Овим потврђујем своју сагласност да се на моју плату, на име коришћења услуга Пакета здравља код Дома
здравља „MediGroup dr Ristić” стави административна забрана у корист наведеног даваоца услуга.
Изјављујем да моје укупно задужење према Дому здравља „MediGroup dr Ristić” износи _____ евра, са
роком отплате на **13** месечних рата. Сагласан-на сам да уколико дође до престанка мог радног односа код
послодавца из ма ког разлога пре исплате целокупног дуга, остатак дуга моментом престанка радног односа
доспева на наплату у целисти, **те се обавезујем да исти измирим лично, уплатом на текући рачун
наведеног даваоца услуга.**

У _____, _____ 20__ год.

Изјаву дао запослени _____

РЕШЕЊЕ О АДМИНИСТРАТИВНОЈ ЗАБРАНИ

На плату запосленог - крајњег корисника услуга _____,
ЈМБГ: _____ на име плаћања рате, ставља се административна забрана на укупан износ
од _____ евра, у корист Дом здравља „MediGroup dr Ristić” ради обезбеђења наплате **13** месечних
рата од по _____ евра (у динарској противвредности по средњем курсу НБС на дан уплате), за плаћање
услуга Пакета здравља путем административне забране. Прва рата по административној забрани доспева у
наредном месецу у односу на месец у ком је иста оверена од стране надлежне организационе јединице
Министарства одбране и Војске Србије. Уплату рате по административној забрани Рачуноводствени центар
Сектора за буџет и финансије Министарства одбране врши на текући рачун даваоца услуга број:
340-0000011030286-40 код Erste banka са позивом на број _____ (име
особе за коју се уплаћује Пакет здравља) на дан исплате другог дела плате за запослене у Министарству
одбране и професионалне припаднике Војске Србије (коначни обрачун).

Овим се обавезујемо да ову забрану нећемо скидати све до добијања писменог обавештења од стране Дома
здравља „MediGroup dr Ristić”.

Под претњом материјалне и кривичне одговорности, а у складу са прописима, обавезујемо се да ћемо у
потпуности извршити све обавезе које проистичу доношењем и достављањем овог решења.

У _____, _____ 20__ год.

М.П.

Овлашћено лице _____

Потпис запосленог-купца _____

Печат и потпис продавца _____

М.П.