

ЛИЧНИ ЗАХТЕВ
ЗА ТЕСТИРАЊЕ ПРИМЕНОМ RT-PCR-SARS-CoV2
ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВРАЊЕ

1. Име и презиме _____

2. Датум рођења _____

3. ЈМБГ _____

3. Број личне карте _____

3. Адреса _____

4. Општина _____ Република _____

Разлог тестирања:

1. Грађанин, држављанин Републике Србије, који путује у иностранство;
2. Грађанин, страни држављанин, који се тренутно налази на територији Републике Србије, а жели да напусти земљу;
3. Држављанин Републике Србије, који је ушао у земљу, без негативног RT-PCR теста, стављен у кућну изолацију од 14 дана, уколико жели да скрати период изолације;
4. _____

(заокружити или допунити)

Изузеци од обавезе плаћања тестирања применом RT-PCR-SARS-CoV2 теста (искључиво због потреба путовања и скраћења периода кућне изолације) су:

1. малолетно лице, држављанин Републике Србије;
2. студент – грађанин Републике Србије;
3. студент – припадник српске националне мањине, држављанин суседних земаља и Словеније, који студира у Републици Србији;

(заокружити)

Напомена: Сва лица подносиоци личног захтева за тестирања применом RT-PCR-SARS-CoV2 теста која нису обухваћена у изузетке од обавезе плаћања дужна су да у Заводу за јавно здравље Врање изврше уплату у износу од 6.000,00 динара или на текући рачун Завода број 840-269667-10, на име тестирања применом RT-PCR-SARS-CoV2 теста.

Уплатница од _____ / фискални исечак бр. _____

Уплата извршена дана _____

(попуњава запослени Завода за јавно здравље Врање)

У прилогу захтева прилажем фотокопију личне карте.

Датум: _____

У _____

Подносилац захтева

(својеручни потпис)