



СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ
БУКОВИЧКА БАЊА
АРАНЂЕЛОВАЦ

Број:
Датум:

ЗАХТЕВ

за повраћај уплаћеног новца на име резервисаног смештаја-боравка
у Специјалној болници за рехабилитацију Буковичка Бања Аранђеловац

Подаци о кориснику смештаја-боравка:

Име и презиме: _____

Адреса становања: _____

Уплаћени период боравка од _____ до _____ у трајању од _____ БО дана
неискоришћени период боравка _____

Број издатог предрачуна/рачуна Установе _____

Број динарског рачуна за повраћај средстава _____

Разлог отказа смештаја или скраћења боравка:

1. Смртни случај члана уже породице
2. Акутно обољење или погоршање хроничног обољења корисника-искључиво уз извештај надлежног лекара
3. Судски позив -искључиво уз писани доказ

(Повраћај новца у целокупном износу за неискоришћени период смештаја- боравка уз писани доказ као прилог)

4. Самоиницијативно скраћење планиране дужине смештаја-боравка

(Повраћај се врши у износу од 50% вредности смештаја-боравка по сваком преосталом неискоришћеном дану боравка)

Захтев примио/ла
-главна сестра одељења

Захтев одобрио
начелник одељења

Потпис корисника
