

уплатилац

физичко лице - име и презиме уплатиоца, држава пребивалишта;
правна лица - назив и седиште правног лица

сврха уплате

рт-пцр тестирање

прималац

Републички фонд за здравствено осигурање

печат и потпис уплатиоца

место и датум пријема

189- готовински 290- безготовински			НАЛОГ ЗА УПЛАТУ
шифра плаћања	валута	износ	
<input type="text"/>	РСД	= 6.000,00	
рачун примаоца			
840-17750-34			
број модела	позив на број (одобрење)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
без модела			
501 - ЈМБГ за држављане Републике Србије 502 - број пасоша или број иностраног осигурања за стране држављане			

датум валуте

Образац бр. 1