

уплатилац

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

сврха уплате

антигенско 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

РСД

износ

= 1.800,00

рачун примаоца

840-17750-34

број
модела

позив на број (одобрење)

без модела

501 - ЈМБГ за држављане Републике Србије
502 - број пасоша или број иностраног осигурања за стране држављане

датум валуте