



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

\_\_\_\_\_