



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:  
Период боравка од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

#### 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)

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

Потпис корисника

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_