

4.	
4.1	Auf Grund dieser Bescheinigung können die Sachleistungen На основу потврде здравствене услуге могу да се одобре vom bis einschließlich gewährt werden. од закључно до

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Надлежни аустријски носилац здравственог осигурања	
5.1	Name Назив Steiermärkische Gebietskrankenkasse
5.2	Adresse (3) Адреса A-8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1
5.3	Stempel Печат Datum Датум Unterschrift Потпис

**Hinweise
Напомене**

- (1) Die Bescheinigung ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der für den **Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Außenstelle der Republikorganisation für Krankenversicherung** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.
Ову потврду попуњава надлежни аустријски носилац здравственог осигурања и предаје дотичном лицу или шаље надлежној филијали републичке организације за здравствено осигурање надлежној за место боравка дотичног лица, ако је потврда издата на њен захтев.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Обележити крстићем одговарајуће поље.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Поштански број, место, улица, број, држава.
- (4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.
Попунити само ако чланови породице немају сопствено право на здравствене услуге.
- (5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.
Попунити само ако се адреса разликује од адресе наведене у рубрици 1.

**WICHTIGE HINWEISE FÜR DEN ANSPRUCHSBERECHTIGTEN
ВАЖНЕ НАПОМЕНЕ ЗА КОРИСНИКА ПРАВА**

Diese Bescheinigung ist im Bedarfsfall der für den Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Außenstelle der Republikorganisation für Krankenversicherung vorzulegen.

Ова потврда се подноси филијали републичке организације за здравствено осигурање надлежној за место боравка дотичног лица.

**WICHTIG
ВАЖНО**

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der für den Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Außenstelle der Republikorganisation für Krankenversicherung zu melden!

Да би се сачувало право на услуге, почетак болести који је лекар потврдио мора да се пријави у законском року од недељу дана филијали републичке организације за здравствено осигурање надлежној за место боравка дотичног лица.