



UP

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Jedinstveni matični broj (JMB): _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, fax-a i mob.: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

OPĆINA HADŽIĆI

- Služba za boračko – invalidsku, socijalnu
i zdravstvenu zaštitu, izbjegla i raseljena lica -

PREDMET: **Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu demobilisanog borca.-**

Obraćam se sa zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Ovjerenja kopija rješenja nadležne Službe o priznatom statusu _____
2. Uvjerenje Federalnog zavoda za penzijsko invalidsko osiguranje da nije korisnik istog
i da nije u radnom odnosu,
3. Uvjerenje Uprave prihoda da nije poreski obveznik
4. Uvjerenje Službe za zapošljavanje - Biro Hadžići da nema uslov za zdravstvenu zaštitu
5. Ovjerenja kopija CIPS-ove lične karte
6. Uvjerenje o kretanju PU
7. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo da podnosilac zahtjeva nije
korisnik zdravstvene zaštite,
8. Zdravstvena knjižica i prijava (obr. M-1 ZO)

Potpisom na obrascu dajem izričitu saglasnost općini Hadžići za obradu ličnih podataka datih u
navedenom zahtjevu.

U Hadžićima, _____ 20____. godine

Podnosilac zahtjeva:
