

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

PREZIME: _____

IME: _____

IME JEDNOG RODITELJA: _____

JMBG: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

OPŠTINA BOSANSKO GRAHOVO
- Služba za opštu upravu i socijalnu zaštitu -
BOSANSKO GRAHOVO

PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na obavezno zdravstveno osiguranje

Kao lice sa civilnim invaliditetom sa _____ % oštećenja organizma koje nije zdravstveno osigurano po drugoj osnovi, obraćam Vam se sa zahtjevom za ostvarivanje prava na obavezno zdravstveno osiguranje.

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju kojom dokazujem osnovanost zahtjeva:

1. Kopiju rješenja o priznavanju prava lica sa neratnim invaliditetom,
2. Uvjerenja Područnog ureda Zavoda za zdravstveno osiguranje Bosansko Grahovo da nisam zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

Bos.Grahovo,

_____20____.god.

PODNOŠILAC ZAHTJEVA
