

Подносилац захтјева:

ПРИЕМНИ ШТАМБИЉ

ПРЕЗИМЕ: _____
ИМЕ: _____
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА: _____
ЈМБГ: _____
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП: _____
КОНТАКТ АДРЕСА: _____
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: _____

РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА БРОД
НАЧЕЛНИК ОПШТИНЕ
ОПШТИНСКА УПРАВА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ
Одсјек за борачко-инвалидску заштиту

ПРЕДМЕТ: Захтјев за утврђивање права на здравствено осигурање

- Корисник сам породичне инвалиднине (чланови породице погинулих бораца и породице умрлих војних инвалида)
- Корисник сам личне инвалиднине (РВИ и МВИ)
- Корисник сам цивилне инвалиднине (ЦЖР и чланови породице ЦЖР)
- Корисник сам посебног мјесечног примања
- Борац сам _____ категорије

Рјешењем надлежног органа број _____ од _____ године,
утврђен ми је статус _____.

Молим да ми сходно важећим законским прописима утврдите право на здравствено осигурање, јер нисам у могућности да исто остварим по другом основу.

Уз захтјев прилажем:

1. Увјерење Завода за запошљавање РС - Биро Брод
2. Увјерење Фонда ПИО РС-Пословница Брод
3. Увјерење РУГИПП - ПЈ Брод
4. Увјерење Одјелења за привреду и друштвене дјелатности
5. Изјаву о заједничком домаћинству (кућна листа)
6. Копију личне карте

Подносилац захтјева

Брод, _____ год.