

Подносилац захтјева:

ПРИЕМНИ ШТАМБИЉ

ПРЕЗИМЕ: _____
ИМЕ: _____
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА: _____
ЈМБГ: _____
КОНТАКТ АДРЕСА: _____
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: _____

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА БРОД
НАЧЕЛНИК ОПШТИНЕ
ОПШТИНСКА УПРАВА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ**

ПРЕДМЕТ: Захтјев за одјаву са здравственог осигурања

С обзиром да сам остварио право на пензију и по том основу право на здравствено осигурање, молим да ме одјавите са здравственог осигурања преко Министарства рада и борачко-инвалидске заштите.

У Броду, _____ год.

Подносилац захтјева
