

Подносилац захтјева:

ПРИЈЕМНИ 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 овјеравање потписа изван службених просторија

Молим да одобрите овјеравање потписа на _____ изван службених просторија, за _____ који/а је болестан - болесна, односно _____ и није у могућности доћи у службене просторије Општине Брод.

Подаци о лицу чији се потпис овјерава:

Име, име оца и презиме	_____
Датум и мјесто рођења	_____
Име и дјев.презиме мајке	_____
ЈМБГ	_____
Рег.број ЛК и мјесто издавања	_____
Адреса пребивалишта	_____

Уз захтјев прилажем:

- Доказ о оправданости захтјева (мед.документација, потврда МЗ и др.)

Подносилац захтјева

У Броду, _____ године
