ПРЕЗИМЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИМЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЈМБГ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

АДРЕСА СТАНОВАЊА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОПШТИНА УГЉЕВИК

**Одјељење за просторно уређење, стамбено-комуналне послове и**

**друштвене дјелатности**

-Реферат борачко инвалидска заштита – здравствена заштитa

ПРЕДМЕТ: Захтјев за остваривање права на здравствену заштиту

Подносим захтјев за остваривање права на здравствену заштиту и

уз захтјев прилажем:

- рјешење о признатом праву,

- кућну листу,

- увјерење да није корисник пензије ( и за супружника) ,

- извод из матичне књиге рођених и за уже чланове породице,

- извод из матичне књиге вјенчаних,

-увјерење о редовном школовању за дјецу старију од 15 година,

-увјерење о катастерском задужењу за подносиоца ( и за супружника),

-изјава осигураника да не остварује право на здравствено осигурање по неком другом основу, овјерену од стране надлежног органа локалне самоуправе.

Угљевик, Подносилац захтјева

---------------------------------