

PODNOŠILAC ZAHTJEVA:



Prezime	
Ime	
Ime roditelja	
JMB	
Adresa stanovanja	
Kontakt telefon	

--

**OPĆINA VOGOŠĆA
SLUŽBA BORAČKO INVALIDSKU,
SOCIJALNU ZAŠTITU I RASELJENA LICA**

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIVREMENO PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
POVRATNIKA IZ KANTONA SARAJEVO NA PODRUČJE ENTITETA REPUBLIKA SRPSKA**

Obraćam Vam se zahtjevom da mi izdate privremeno rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu obzirom da sam povratnik iz Kantona Sarajevo na područje entiteta Republika Srpska.

Uz zahtjev prilažem potrebnu dokumentaciju:

1. Uvjerenje od Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo-Poslovnica Vogošća da nisam zdravstveno osiguran,
2. Obrazac zdravstvene knjižice,
3. Obrazac ZO 1 – Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje,
4. Potvrda da nemate svojstvo osiguranika Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske,
5. Ovjerena kopija lične karte i prijava o mjestu prebivališta izdata od CIPS-a,
6. Rješenje o prestanku statusa raseljenog lica.

Vogošća, _____ 20__ . godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

L.K. _____ P.U. _____

Napomena: Sva dokumentacija koja se predaje uz zahtjev mora biti original ili ovjerene fotokopije.

Navedite kontakt adresu, ukoliko to nije adresa stanovanja _____