

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA:**



<b>Prezime</b>	
<b>Ime</b>	
<b>Ime roditelja</b>	
<b>JMB</b>	
<b>Adresa stanovanja</b>	
<b>Kontakt telefon</b>	

--

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

**PREDMET: ZAHTEJ 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 \_\_\_\_\_