



ODSJEK ZA BORAČKO-INVALIDSKU ZAŠTITU I RASELJENA LICA

(Ime i prezime podnosioca zahtjeva)

(Ulica, broj i broj stana)

(Telefon/E-mail)

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

JEDINSTVENI MATIČNI BROJ

ZAHTJEV ZA PRIJAVU/ODJAVU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA KAO RASELJENO LICE

Obraćam se nadležnoj općinskoj službi da me

a) PRIJAVI

b) ODJAVI

sa obaveznog zdravstvenog osiguranja kao raseljeno lice.

Prijava/Odjava mi je potrebna radi:

Uz zahtjev prilažem:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Kalesija: _____ 20__ . godina

Podnosilac zahtjeva

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj: 49/06, 76/11 i 89/11), svojim potpisom potvrđujem da sam saglasan/a da se moji lični podaci upotrijebe u svrhu izdavanja traženog akta.