

<b>ИМЕ (име родитеља) И ПРЕЗИМЕ</b>	
<b>ЈМБ</b>	
<b>АДРЕСА</b>	
<b>ЛИЧНА КАРТА (бр. и мјесто издав.)</b>	
<b>КОНТАКТ ОСОБА</b>	
<b>КОНТАКТ ТЕЛЕФОН</b>	

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И  
ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ**

РУДО

**Предмет: Захтјев за признавање права на здравствену заштиту**

Имам својство члана породице погинулог борца/ ратног војног инвалида и корисник сам инвалиднине по том основу.

Под материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да нисам здравствено осигуран по другом основу.

Обраћам се захтјевом да ми се призна право на здравствену заштиту у складу са Законом о правима бораца, војних инвалида и породица погинулог борца одбрамбено отаџбинског рата Републике Српске.

Уз захтјев прилажем:

- увјерење о статусу
- увјерење Фонда за запошљавање
- увјерење Фонда ПИО
- увјерење о необављању самосталне дјелатности
- увјерење о катастарском приходу
- лична карта –фотокопија

У Рудом, \_\_\_\_\_ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА

\_\_\_\_\_