
(prezime i ime, ime oca)

(JMB - mjesto rođenja)

(broj lične karte - MUP)

(Adresa: mjesto, ulica, broj, kat, broj stana)

(kontakt telefoni: kućni, na poslu)

**SLUŽBA ZA OPĆU UPRAVU,
DRUŠTVENE DJELATNOSTI, CIVILNU
ZAŠTITU I ZAJEDNIČKE POSLOVE
OPĆINE FOJNICA**

PREDMET: Zahtjev za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu (obrazac ZZ)

Obraćam vam se sa zahtjevom za priznavanje prava na zdravstvenu zaštitu, jer nemam drugog osnova za istu.

Uz ovaj Zahtjev prilažem:

1. Uvjerenje DF za penzijsko osiguranje da nije korisnik
2. Uvjerenje Federalnog ministarstva finansija-Poreske uprave Ispostave Fojnica
3. Uvjerenje Zavoda za zapošljavanje da nema osnov za zdravstvenu zaštitu preko zavoda
4. Dokaz da nije u radnom odnosu
5. Izjavu o zajedničkom domaćinstvu
6. Vjenčani list
7. Rodne listove za djecu _____

8. Po mogućnosti stare zdravstvene knjižice

9. Napomena:

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Fojnica, _____ godine

(čitak potpis podnosioca zahtjeva)