

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
Naziv pravnog subjekta: _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo
Služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo
Odsjek za boračka pitanja

Predmet: **Zahtjev za prestanak prava na zdravstvenu zaštitu**

Obraćam Vam se sa zahtjevom da izvršite odjavu zdravstvene zaštite kao:

1. Ratnom vojnom invalidu
2. Mirnodopskom vojnom invalidu
3. Šehidska porodica – porodica poginulog borca
4. Demobilisanom braniocu
(Zaokružiti)

Navesti razloge odjave:

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 8. Zakona o administrativnim taksama – Prečišćeni tekst ("Službene novine Kantona" broj 30/01) korisnik je oslobođen plaćanja administrativne takse.

Uz zahtjev prilažem:

1. Prijava mjesta prebivališta (ne starija od šest mjeseci)
2. Rješenje o priznatom pravu na zdravstvenu zaštitu (pribavlja se u skladu sa članom 158. stav 4. ZUP-a);
3. Dokaz o razlogu prestanka prava na zdravstvenu zaštitu

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenj kopiji.

Rok za rješavanje: 30 dana od prijema zahtjeva.

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj; 49/06, 76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da Općinske/Gradske službe i Kantonalno ministarstvo za boračka pitanja vrši obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu, trajno.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ 202_ .godine

(ime i prezime)