

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMB (u svrhu provjere prebivališta): _____
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 9. tačka 1. Odluke o administrativnim taksama Općine Novi Grad Sarajevo, („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj 2/26) taksa se ne naplaćuje.

Uz zahtjev prilažem:

1. Rješenje o priznatom pravu na zdravstvenu zaštitu (pribavlja se u skladu sa članom 158. stav 4. ZUP-a);
2. Dokaz o razlogu prestanka prava na zdravstvenu zaštitu
3. Ostala dokumentacija po potrebi

Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji.

Rok za rješavanje: 30 dana od prijema zahtjeva.

Shodno članu 9. i 10 Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj; 12/25) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ 20__ .godine

(ime i prezime)