
(Prezime , ime oca i ime)

(Adresa podnosioca)

Mob : _____

e-mail _____

OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO
Služba za boračko-invalidsku i socijalnu zaštitu

PREDMET: ZAHTJEV ZA PRESTANAK PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

- 1. za lica starija od 65. godina**
- 2. za civilne žrtve rata**
- 3. za korisnike dječijeg dodatka**
- 4. za korisnike od 0-18 godina**
- 5. za lica u stanju socijalne potrebe**
- 6. za raseljena lica**

(zaokružite odgovarajući redni broj)

Zahtjev primio/la:

Sarajevo, _____ godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Potrebna dokumentacija :

1. Rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu

NAPOMENA: Sve fotokopije ovjeriti

Dokumenti koji se dostavljaju ne smiju biti stariji od 6 mjeseci