



Prezime ( ime jednog roditelja) ime

e-mail \_\_\_\_\_

Adresa podnosioca

Mob: \_\_\_\_\_

**OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO**  
**SLUŽBA ZA BORAČKO-INVALIDSKU ZAŠTITU I SOCIJALNA PITANJA**

**PREDMET: ZAHTJEV ZA ODJAVU PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU**

Korisnik sam zdravstvene zaštite po osnovu (**označi odabrano**)

- lične invalidnine
- porodične invalidnine
- demobilisani borac

**UZ ZAHTJEV PRILAŽEM:**

- Prijava mjesta prebivališta (ne starija od šest mjeseci) - CIPS prijava;
- dokaz o zaposlenju ili penzionisanju;
- izvod iz matične knjige umrlih (ukoliko je nastupila smrt).

**Napomena: Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj fotokopiji.**

Podnosilac zahtjeva:

Sarajevo, \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_