



Prezime (ime jednog roditelja) ime

Mob : _____

Adresa podnosioca

e-mail: _____

OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO

Služba za boračko-invalidsku zaštitu i socijalna pitanja

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)

Sarajevo, _____godine

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Potrebna dokumentacija :

1. Rješenje o priznavanju prava na zdravstvenu zaštitu
2. Izvod iz matične knjige umrlih ako je razlog prestanka smrt korisnika prava na zdravstvenu zaštitu.

NAPOMENA: Sva dokumentacija treba biti ovjerena i ne starija od 6 mjeseci