

OPĆINA NOVO SARAJEVO
Služba za rad, socijalna pitanja,
zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica

Podnosilac zahtjeva:

PREZIME (OČEVO IME) IME	
ADRESA STANOVANJA	
JMB	
KONTAKT TELEFON	
KONTAKT E-MAIL	

**PREDMET: ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU
 POVRATNIKA IZ KANTONA SARAJEVO NA PODRUČJE ENTITETA
 REPUBLIKA SRPSKA**

Uz zahtjev se prilaže slijedeća dokumentacija:

1. Ovjerena fotokopija lične karte i CIPS-ova prijava o mjestu prebivališta (izdata u Općini povratka), ne starija od 6 mjeseci,
2. Potvrda Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske da nema svojstvo osiguranika u Republici Srpskoj,
3. Fotokopija rješenja o priznatom statusu raseljenog lica sa priznatim pravom na zdravstveno osiguranje (Rješenje Službe za rad, socijalna pitanja, zdravstvo, izbjeglice i raseljena lica Općine u kojoj je povratnik imao posljednje boravište),
4. Nepopunjena zdravstvena knjižica.

NAPOMENA:
DOKUMENTACIJA NE SMIJE BITI STARIJA OD 6 MJESECI
KOPIJE DOKUMENATA MORAJU BITI OVJERENE

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

Sarajevo, _____ godine.

 L.K. _____ P.U. _____