

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
ЈМБ
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП:
АДРЕСА СТАНОВАЊА
ИЛИ КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА КОЗАРСКА ДУБИЦА
НАЧЕЛНИК
АДМИНИСТРАТИВНА СЛУЖБА
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И
БОРАЧКО ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ
Одсјек за борачко-инвалидску заштиту**

ПРЕДМЕТ: Захтјев за признавање права на здравствену заштиту по основу признатог статуса породице погинулог борца.-

Обраћам Вам се захтјевом за признавање права на здравствену заштиту у складу са чланом 63. Закона о правима бораца, војних инвалида и породица погинулих бораца одбрамбено-отаџбинског рата Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, број: 46/04, 53/04 и 20/07), а по основу признатог статуса породице погинулог борца, јер по другом основу нисам здравствено осигуран-а.

УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ:

1. Рјешење о признатом статусу,
2. Увјерење Фонда ПИО РС,
3. Увјерње Завода за запошљавање РС,
4. Увјерење РУ за геодетске и имовинско-правне послове,
5. Увјерење Одјељења за привреду и друштвене дјелатности.

У Коз. Дубици, _____ године

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА:
