

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

**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 војног инвалида.-**

Обраћам Вам се са захтјевом за признавање права на здравствену заштиту у складу са чланом 50. 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 војног инвалида, јер по другом основу нисам здравствено осигуран.

**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:**

\_\_\_\_\_