

_____ ПРЕЗИМЕ
_____ ИМЕ
_____ ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ ЈМБ
_____ АДРЕСА (мјесто, улица и број)
_____ КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ

ОПШТИНА МОДРИЧА
Одјељење за општу управу

ПРЕДМЕТ: ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

Молим Вас да ми признате право на здравствену заштиту као кориснику личне – породичне инвалиднине. РВИ сам _____ категорије.

Документација коју прилажем:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Лична карта | форма доставе: на увид |
| 2. Увјерење фонда ПИО-а | форма доставе: овјерена копија |
| 3. Увјерење Републичке управе за геодетске и имов.-правне послове П.Ј.Модрича | форма доставе: овјерена копија |
| 4. Увјерење завода за запошљавање РС, филијала Добој | форма доставе: оргинал |
| 5. Увјерење Одјељења за привреду и друштвене дјелатности Модрича | форма доставе: оргинал |

Потпис подносиоца

Модрича,

године

Рок потребан за рјешавање предмета (са потпуном документацијом) 30 дана