

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА		Е-УПР - ИБ		 РЕПУБЛИКА СРПСКА ГРАД ПРИЈЕДОР ГРАДОНАЧЕЛНИК ГРАДСКА УПРАВА Одјељење за борачко-инвалидску заштиту	 								
ПРЕЗИМЕ (ИМЕ РОДИТЕЉА) И ИМЕ / НАЗИВ:													
ЈМБ / ЈИБ:				ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ									
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ ФИЗИЧКОГ ИЛИ ОВЛ. ЛИЦА (ИЗДАТА ОД):				ГРАДСКА УПРАВА ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ									
КОНТАКТ АДРЕСА:				ПРИМЉЕНО:									
Е-МАИЛ:				<table border="1"> <thead> <tr> <th>ОРГ.ЈЕД.</th> <th>БРОЈ</th> <th>ПРИЛОГ</th> <th>ВРИЈЕДНОСТ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		ОРГ.ЈЕД.	БРОЈ	ПРИЛОГ	ВРИЈЕДНОСТ				
ОРГ.ЈЕД.	БРОЈ	ПРИЛОГ	ВРИЈЕДНОСТ										
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:				ГП МП 03-7.1.2.-1									

ПРЕДМЕТ	ЗАХТЈЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА РАТНОГ ВОЈНОГ ИНВАЛИДА
ОПИС ЗАХТЈЕВА:	<input type="checkbox"/> Рањен <input type="checkbox"/> Повређен <input type="checkbox"/> Озлеђен <input type="checkbox"/> Оболио Војно сам ангажован од _____ .Као припадник ВП: _____ дана _____ у мјесту задобио сам рањавање: <input type="checkbox"/> експлозивном направом <input type="checkbox"/> ватреним оружјем у предјелу тијела _____ Овим изјављујем да сам сагласан да се моји лични подаци користе у овом поступку.




Потребна додатна упуства могу се добити на телефон број - 052-242-371 и е-маил обиз@приједорград.орг

ПОТПИС
ПОДНОСИОЦА ЗАХТЈЕВА

Приједор, _____ године

Прилог:

- Увјерење о рањавању/повреди/озледи
- Увјерење о војном ангажовању
- Извод из матичне књиге рођених за подносиоца
- Медицинска документација у вези са рањавањем из времена рањавања и подношења захтјева
- Копија личне карте

PODNOŠILAC ZAHTEJVA		E-UPR - IB		 REPUBLIKA SRPSKA GRAD PRIJEDOR GRADONAČELNIK GRADSKA UPRAVA Odjeljenje za boračko-invalidsku zaštitu	 								
PREZIME (IME RODITELJA) I IME / NAZIV:													
JMB / JIB:		PRIJEMNI ŠTAMBILJ											
BROJ LIČNE KARTE FIZIČKOG ILI OVL. LICA (izdata od):		GRADSKA UPRAVA ODJELJENJE ZA OPŠTU UPRAVU											
KONTAKT ADRESA:		PRIMLJENO:											
E-MAIL:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ORG.JED.</th> <th style="width: 25%;">BROJ</th> <th style="width: 25%;">PRILOG</th> <th style="width: 25%;">VRIJEDNOST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				ORG.JED.	BROJ	PRILOG	VRIJEDNOST				
ORG.JED.	BROJ	PRILOG	VRIJEDNOST										
KONTAKT TELEFON:		GP MP 03-7.1.2.-1											

P R E D M E T	ZAHTEJEV ZA UTVRĐIVANJE SVOJSTVA RATNOG VOJNOG INVALIDA
OPIS ZAHTEJEVA:	<input type="checkbox"/> Ranjen <input type="checkbox"/> Povređen <input type="checkbox"/> Ozleđen <input type="checkbox"/> Obolio Vojno sam angažovan od _____ .Kao pripadnik VP: _____ dana _____ u mjestu zadobio sam ranjavanje: <input type="checkbox"/> eksplozivnom napravom <input type="checkbox"/> vatrenim oružjem u predjelu tijela _____ Ovim izjavljujem da sam saglasan da se moji lični podaci koriste u ovom postupku.

Potrebna dodatna upustva mogu se dobiti na telefon broj - 052-242-371 i
 e- mail obiz@prijedorgrad.org

POTPIS
 PODNOSIOCA ZAHTEJEVA

Prijedor, _____ godine

Prilog:

- Uvjerenje o ranjavanju/poveredi/ozledi
- Uvjerenje o vojnom angažovanju
- Izvod iz matične knjige rođenih za podnosioca
- Medicinska dokumentacija u vezi sa ranjavanjem iz vremena ranjavanja i podnošenja zahtjeva
- Kopija lične karte