

<b>ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА</b>		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 <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; text-align: center;"> <b>ГРАДСКА УПРАВА</b>  <b>ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ</b> </div> ПРИМЉЕНО:											
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ ФИЗИЧКОГ ИЛИ ОВЛ. ЛИЦА (ИЗДАТА ОД):													
КОНТАКТ АДРЕСА:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ОРГ.ЈЕД.</th> <th style="width: 15%;">БРОЈ</th> <th style="width: 15%;">ПРИЛОГ</th> <th style="width: 15%;">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										
Е-МАИЛ:		<b>ГП МП 03-7.1.2.-1</b>											
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:													

<b>ПРЕДМЕТ</b>	<b>ЗАХТЈЕВ ЗА ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ</b>
<b>ОПИС ЗАХТЈЕВА:</b>	Остварио са статус: <input type="checkbox"/> Породица погинулог борца <input type="checkbox"/> Ратни војни инвалид <input type="checkbox"/> Борац <input type="checkbox"/> Цивилна жртва рата <input type="checkbox"/> Породица цивилне жртве рата Молим да ми се призна право на здравствену заштиту у складу са Законом о правима бораца ,ратних војних инвалида и породица погинулих бораца одбрамбено отаџбинског рата, с обзиром да исто право не могу остверити по другом основу. Овим изјаљујем 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:

- Копија рјешења о статусу
- Копија ЛК
- Увјерење о незапослености из Пореске управе
- Увјерење да није осигуран из Фонда здравства
- Увјерење да нема регистровану дјелатност из АПИФ-а

<b>PODNOŠILAC ZAHTEJVA</b>		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):		<b>GRADSKA UPRAVA</b> <b>ODJELJENJE ZA OPŠTU UPRAVU</b>			
KONTAKT ADRESA:		PRIMLJENO:			
E-MAIL:		ORG.JED.	BROJ	PRILOG	VRIJEDNOST
KONTAKT TELEFON:					
<b>GP MP 03-7.1.2.-1</b>					

<b>P R E D M E T</b>	<b>ZAHTEJEV ZA PRAVO NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU</b>
<b>OPIS ZAHTEJVA:</b>	<p>Ostvario sa status:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Porodica poginulog borca</li> <li><input type="checkbox"/> Ratni vojni invalid</li> <li><input type="checkbox"/> Borac</li> <li><input type="checkbox"/> Civilna žrtva rata</li> <li><input type="checkbox"/> Porodica civilne žrtve rata</li> </ul> <p>Molim da mi se prizna pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa Zakonom o pravima boraca ,ratnih vojnih invalida i porodica poginulih boraca odbrambeno otadžbinskog rata, s obzirom da isto pravo ne mogu ostveriti po drugom osnovu.</p> <p>Ovim izjaljujem da sam saglasan da se moji lični podaci koriste u ovom postupku.</p>

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

POTPIS  
PODNOŠIOCA ZAHTEJVA

Prijedor, \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_

Prilog:

- Kopija rješenja o statusu
- Kopija LK
- Uvjerenje o nezaposlenosti iz Poreske uprave
- Uvjerenje da nije osiguran iz Fonda zdravstva
- Uvjerenje da nema registrovanu djelatnost iz APIF-a