

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA:**

---

Ime (ime oca) i prezime

---

JMBG

---

Kontakt telefon

---

Adresa stanovanja

**GRAD ŽIVINICE**

**Služba za opću upravu, društvene djelatnosti, boračko invalidsku zaštitu i raseljene osobe  
- Odsjek za BIZ i raseljene osobe -**

**PREDMET:    Zahtjev za odjavu zdravstvenog osiguranja osobama  
              koje imaju priznat status raseljenog lica**

Podnosim zahtjev nadležnoj gradskoj službi za odjavu obaveznog zdravstvenog osiguranja.  
Navesti imena i prezimena osoba za koje se traži odjava obaveznog zdravstvenog osiguranja:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Uz zahtjev prilažem:

<b>R.broj</b>	<b>Naziv dokumenta</b>	<b>Forma dokumenta</b>	<b>Dokument izdaje/posjeduje</b>
<b>1.</b>	Lična karta (za sve punoljetne članove domaćinstva)	Ovjerena kopija+kopija	MUP
<b>2.</b>	Rodni list (za svu maloljetnu djecu)	Original ili ovjerena kopija +kopija	Matični ured
<b>3.</b>	Ugovor o zasnivanju radnog odnosa (prvi i zadnji ugovor)	Ovjerena kopija +kopija	Pravno lice / firma

4.	Lična izjava o razlogu odjave u slučaju kada nema ugovor o radu	Original +kopija	Nadležna Općina/Grad
5	Stare knjižice	Original	Stranka
6.			

**Rok za rješavanje:** 30 dana od dana prijema kompletnog zahtjeva sa priložima.

Živinice, \_\_\_\_\_ godine

POTPIS PODNOSIOCA

\_\_\_\_\_