

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:

R.broj	Naziv dokumenta	Forma dokumenta	Dokument izdaje/posjeduje
1.	Lična karta (za sve punoljetne članove domaćinstva)	Ovjerena kopija	MUP
2.	Rodni list (za svu maloljetnu djecu)	Original ili ovjerena kopija	Matični ured
3.	Ugovor o zasnivanju radnog odnosa (prvi i zadnji ugovor)	Ovjerena kopija	Pravno lice/firma
4.	Lična izjava o razlogu odjave u slučaju kada nema ugovor o radu	Original ili ovjerena kopija	Nadležna Općina/Grad
5.	Stare knjižice	Original	Stranka

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

Živinice, _____ godine

POTPIS PODNOSIOCA
