

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 prijavu zdravstvenog osiguranja osobama
koje imaju priznat status raseljenog lica**

Podnosim zahtjev nadležnoj gradskoj službi za prijavu obaveznog zdravstvenog osiguranja.
Navesti imena i prezimena osoba za koje se traži prijava 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 + kopija	MUP
2.	Rodni list (za svu maloljetnu djecu)	Original ili ovjerena kopija + kopija	Matični ured
3.	Istorija osiguranika ili uvjerenje o zdravstvenom os.	Original + kopija	Poreska ispostava

4.	Obrazac ZO3 (nepopunjen)	Original	Knjižara
5.	Nove nepopunjene zdravstvene knjižice	Original	Knjižara

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

Živinice, _____ godine

POTPIS PODNOSIOCA
