_____
(Ime, ime oca i prezime podnosioca zatjeva – zakonski zastupnik)

_____
(Adresa stanovanja)

_____
(JMBG)

_____
(Broj telefona)

JU CENTAR ZA SOCIJALNI RAD
DONJI VAKUF

Z A H T J E V
ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU LICA NAKON NAVRŠENIH 65 GODINA ŽIVOTA

Kao podnosioc zahtjeva za ostvarivanje **PREDMETNOG** prava prilažem sljedeće :

1. Rodni list
2. Uvjerenje o državljanstvu
3. Potvrda o prebivalištu
4. Uvjerenje iz Zavoda zdravstvenog osiguranja SBK – poslovnice Donji Vakuf za dokazivanje statusa
5. Uvjerenje iz Porezne uprave o statusu osigurane osobe
6. Kopija lične karte

PODNOSIOC ZAHTJEVA

Donji Vakuf, _____godine _____