

ИЗЈАВА

Ја, _____, рођен-а _____,
(име и презиме) (датум рођења) (мјесто рођења)

с пребивалиштем у Брчко дистрикту БиХ на адреси: _____,

лична карта/особна исказница број: _____ издата: _____ од стране: _____
(број) (датум издавања)

_____, ЈМБ
(назив органа који је издао исправу)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

својевољно и под пуном моралном, материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да нисам здравствено осигуран/а у Босни и Херцеговини (Федерацији БиХ, Републици Српској, Брчко дистрикту), нити у иностранству.

Датум давања изјаве

ИЗЈАВУ ДАЈЕ
