
(ПРЕЗИМЕ, ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА И ИМЕ)

ЗАОКРУЖИТЕ НА КОЈЕМ ПИСМУ ЖЕЛИТЕ
ДА ВАМ СЕ ОДГОВОРИ НА ЗАХТЈЕВ

(АДРЕСА)

ЛАТИНИЦА ЋИРИЛИЦА

(БРОЈ ТЕЛЕФОНА)

ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ

ПРЕДМЕТ: ЗАХТЈЕВ ЗА ПРИЈАВУ НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ЛИЦА СТАРИЈИХ ОД 65 ГОДИНА

УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛАЖЕМ СЉЕДЕЋУ ДОКУМЕНТАЦИЈУ :

- 1. ФОТОКОПИЈУ ЛИЧНЕ/ОСОБНЕ КАРТЕ/ИСКАЗНИЦЕ;**
- 2. УВЈЕРЕЊЕ О ПРЕБИВАЛИШТУ У БРЧКО ДИСТРИКТУ БИХ У ТРАЈАЊУ ПЕТ ИЛИ ВИШЕ ГОДИНА НЕПРЕКИДНО;**
- 3. УВЈЕРЕЊЕ О НЕОСТВАРИВАЊУ ПРИХОДА;**
- 4. УВЈЕРЕЊЕ О НЕОСТВАРИВАЊУ ПОДСТИЦАЈА ЗА ПОЉОПРИВРЕДУ У ИЗНОСУ ОД 5 000, 00 КМ И ВИШЕ У ПРЕТХОДНОЈ ГОДИНИ;**
- 5. УВЈЕРЕЊЕ О НЕПОСТОЈАЊУ ВЛАСНИШТВА НАД НЕКРЕТНИНАМА, ЧИЈА ВРИЈЕДНОСТ ПОРЕЗА НА ГОДИШЊЕМ НИВОУ ПРЕЛАЗИ ИЗНОС ОД 150,00 КМ;**
- 6. ИЗЈАВУ ДА НИСАМ ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАН/А ПО ДРУГОМ ОСНОВУ У БОСНИ И ХЕРЦЕГОВИНИ ИЛИ У ИНОСТРАНСТВУ.**

ДАТУМ: _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА