

ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ

ЗАХТЈЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ПОТВРДЕ О ИЗМИРЕНИМ ОБАВЕЗАМА ЗА ЗДР.ОСИГУРАЊЕ

ПУНИ НАЗИВ ОБВЕЗНИКА

ЗАОКРУЖИТЕ НА КОЈЕМ ПИСМУ ЖЕЛИТЕ
ДА ВАМ СЕ ОДГОВОРИ НА ЗАХТЈЕВ

ИД БРОЈ

ЛАТИНИЦА

ЋИРИЛИЦА

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

АДРЕСА

БРОЈ ТЕЛЕФОНА

СВРХА ИЗДАВАЊА ПОТВРДЕ

ПРИЛОГ: _____

ДАТУМ: _____

ПОТПИС И ПЕЧАТ