

# FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA BRČKO DISTRIKTA BIH

## ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O IZMIRENIM OBAVEZAMA ZA ZDR.OSIGURANJE

\_\_\_\_\_  
*PUNI NAZIV OBVEZNIKA*

ZAOKRUŽITE NA KOJEM PISMU ŽELITE  
DA VAM SE ODGOVORI NA ZAHTJEV

\_\_\_\_\_  
*ID BROJ*

*LATINICA*

*ĆIRILICA*

\_\_\_\_\_  
*ODGOVORNO LICE*

\_\_\_\_\_  
*ADRESA*

\_\_\_\_\_  
*BROJ TELEFONA*

\_\_\_\_\_  
*SVRHA IZDAVANJA POTVRDE*

*PRILOG:* \_\_\_\_\_

*DATUM:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*POTPIS I PEČAT*