

IZJAVA

Ja, _____, rođen-a _____, _____
(ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

s prebivalištem u Brčko distriktu BiH na adresi: _____,

lična karta/osobna iskaznica broj: _____ izdata: _____ od strane: _____
(broj) (datum izdavanja)

_____, JMB
(naziv organa koji je izdao ispravu)

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

svojevoljno i pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da nisam zdravstveno osiguran/a u Bosni i Hercegovini (Federaciji BiH, Republici Srpskoj, Brčko distriktu), niti u inostranstvu.

Datum davanja izjave

IZJAVU DAJE
