

ИЗЈАВА

Ја _____ ЈМБ _____
настањен/а у Брчком, на адреси _____, број
телефона _____, изјављујем да сам ратни-војни инвалид
Одбрамбено – отаџбинског рата Републике Српске и да се одричем права на
ортопедско помагало _____ прописано
Правилником о начину и поступку остваривања права на ортопедска и друга
помагала осигураних лица Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ
(„Службени гласник Брчко дистрикта БиХ“, број: 4/16 и 13/16) на терет средстава
Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ у року од _____ мјесеци и да ћу
право на наведено ортопедско помагало остварити путем Министарства рада и
борачко инвалидске заштите Републике Српске, у складу са Протоколом о сарадњи,
број: 015-180/2-54/19 од 08.04.2019. године, у виду новчаних давања. Рок од _____
мјесеци почиње тећи од дана добијања рјешења од стране Министарства. До истека
наведеног рока, обавезујем се да од Фонда Брчко дистрикта БиХ нећу потраживати
ортопедско помагало _____.

У Брчком, _____

Изјаву дао:

ЛК бр. _____

Изјаву примио
и утврдио идентитет даваоца изјаве:

Референт за административне
послове осигурања