

**ОБРАЗАЦ ЗА ПРИЈАВУ НА ЈАВНИ ПОЗИВ**  
**за финансирање набавке неуромодулацијских одијела осигураним лицима Фонда**  
**здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, обољелим од мултипле склерозе и**  
**церебралне парализе у 2025. години**

**ПОДНОСИЛАЦ ПРИЈАВЕ:**

Осигурано лице: \_\_\_\_\_

Родитељ/старатељ за малољетна лица: \_\_\_\_\_

Датум рођења: \_\_\_\_\_

Контакт телефон: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Потврђујем тачност наведених података и сагласан/а сам да се резултати јавног позива могу објавити на веб страници у оквиру "Јавног позива за набавку и финансирање неуромодулацијских одијела прилагођених потребама осигураних лица Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ обољелих од мултипле склерозе и церебралне парализе, за 2025. годину.

Брчко, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2025. године

\_\_\_\_\_  
**ПОДНОСИЛАЦ ПРИЈАВЕ**