
(PREZIME,IME JEDNOG RODITELJA I IME)

ZAOKRUŽITE NA KOJEM PISMU ŽELITE
DA VAM SE ODGOVORI NA ZAHTJEV

(ADRESA)

LATINICA

ĆIRILICA

(BROJ TELEFONA)

FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA BRČKO DISTRIKTA BIH

PREDMET: ZAHTJEV ZA PRIJAVU NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE LICA STARIJIH OD 65 GODINA

UZ ZAHTJEV PRILAŽEM SLJEDEĆU DOKUMENTACIJU :

- 1. FOTOKOPIJU LIČNE/OSOBNE KARTE/ISKAZNICE;**
- 2. UVJERENJE O PREBIVALIŠTU U BRČKO DISTRIKTU BIH U TRAJANJU PET ILI VIŠE GODINA NEPREKIDNO;**
- 3. UVJERENJE O NEOSTVARIVANJU PRIHODA;**
- 4. UVJERENJE O NEOSTVARIVANJU PODSTICAJA ZA POLJOPRIVREDU U IZNOSU OD 5 000, 00 KM I VIŠE U PRETHODNOJ GODINI;**
- 5. UVJERENJE O NEPOSTOJANJU VLASNIŠTVA NAD NEKRETNINAMA, ČIJA VRIJEDNOST POREZA NA GODIŠNJEM NIVOU PRELAZI IZNOS OD 150,00 KM;**
- 6. IZJAVU DA NISAM ZDRAVSTVENO OSIGURAN/A PO DRUGOM OSNOVU U BOSNI I HERCEGOVINI ILI U INOSTRANSTVU.**

DATUM: _____

PODNOŠILAC ZAHTJEVA