



Подносилац захтјева		03
Презиме, име оца и име		(ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ)
Датум и мјесто рођења		
Пребивалиште- адреса становања		
Контакт телефон; mail адреса		

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ПРИВРЕДУ И ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ
Одсјек за борачко-инвалидску заштиту

ПРЕДМЕТ: Захтјев за одјаву са здравственог осигурања

С обзиром да сам остварио право на здравствено осигурање по основу _____, молим да ме одјавите са здравственог осигурања преко Министарства рада и борачко-инвалидске заштите.

У Дервенти, _____ године

Подносилац захтјева
