



---

(Ime, ime oca i prezime podnosioca zahtjeva)

---

(Adresa stanovanja i kontakt telefon)

## Z A H T J E V

za priznavanje prava na zdravstveno osiguranje za korisnike stalne novčane pomoći

### POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Fotokopija lične karte;
2. CIPS-ovi listovi;
3. Rješenje o priznavanju prava
4. Izvod iz matične knjige rođenih
5. Potvrda Zavoda zdravstvenog osiguranja da nije na evidenciji osiguranih lica po drugom osnovu.

Bihać, dana \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . , godina

Podnosilac zahtjeva

---