



**ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД**



**Подносилац захтјева:**

**МГ О 04-81**

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА:
КОНТАКТ АДРЕСА:
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

***ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД  
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ И  
ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ***

***ПРЕДМЕТ: Захтјев за остваривање права на здравствену заштиту ЦЖР,***

Корисник сам породичне инвалиднине по основу погинуле ЦЖР-а \_\_\_\_\_ . Како до сада нисам регулисао здравствену заштиту , молим вас да ми признате то право.

Уз захтјев прилажем следеће:

1. Рјешење о оствареном праву ,
2. Увјерење да нема другу здравствену заштиту (Фонд здравствене заштите) ,
3. Увјерење о висини прихода (пореска управа) ,
4. уверење од АПИФ-а за пољопривредно газдинство,
5. увјерење са бироа.

У Мркоњић Граду,  
дана \_\_\_\_\_ године

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА**

---