



**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 признавање права на здравствену заштиту - ЦЖР***

Породица сам погинулог ЦЖР \_\_\_\_\_ .Како немам регулисано право на здравствену заштиту по било ком другом основу , молим вас да ми признате то право.

**Уз захтјев прилажем:**

- копија рјешења о признатом праву на личну инвалиднину,
- увјерење да нема друге здравствене заштите,
- вјенчани лист,
- увјерење о висини прихода (пореска управа),
- уверење од АПИФ-а да ли има пољопривредно газдинство,
- увјерење са бироа.

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

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА**

\_\_\_\_\_