



ОПШТИНА МРКОЊИЋ ГРАД



Подносилац захтјева:

МГ О 04-55

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 - РВИ

Утврђени сам РВИ _____ категорије са _____ % инвалидитета.

Како немам регулисано право на здравствену заштиту по било ком другом основу, молим вас да ми признате то право.

Уз захтјев прилажем следеће:

- копија рјешења о признатом праву на личну инвалиднину,
- увјерење да нема друге здравствене заштите (фонд здравства)
- 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
