



74754

Podnosilac zahtjeva

Obrazac: **BIZ-09.1**

**Služba za boračko-invalidsku  
i socijalnu zaštitu**

Prezime i ime

**Odsjek za  
boračko-invalidsku zaštitu**

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

PREDMET:

**POVEĆANJE PROCENTA INVALIDNOSTI**

#### POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Medicinska dokumentacija	Zdravstvena institucija Ljekar specijalista	Original ili ovjerena kopija	-
2. Prijava prebivališta - boravišta podnosioca zahtjeva	MUP	Original ili ovjerena kopija	-

#### TAKSE I NAKNADE

Naziv takse / naknade	Iznos	Broj računa	Poziv na broj / Komentar
-	-	-	-

#### DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM

Po podnošenju zahtjeva kompletan predmet se dostavlja nadležnoj prvostepenoj ljekarskoj komisiji.

Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **60 dana**

Komunikacija sa strankom će se obavljati putem elektronske pošte. Stranka je upoznata da će email adresa ubuduće biti korištena za detaljnije informacije iz Općine Centar Sarajevo.

Saglasan:  DA -  NE

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ .

**Obrazac čitko popuniti !**

.....  
(Potpis podnosioca zahtjeva)