



Podnosilac zahtjeva

Obrazac: 09-06.13

Služba za boračko-invalidsku i
socijalnu zaštitu

Prezime i ime

Odsjek za
boračko-invalidsku zaštitu

Adresa stanovanja

Prijemni pečat

Kontakt telefon

e-mail

PREDMET: ODJAVA PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Razlog odjave osigurane osobe (zaposlenje , penzija ili smrt)

POTREBNA DOKUMENTACIJA

Dokumenti	Mjesto izdavanja	Forma	Komentar
1. Prijava prebivališta za podnosioca zahtjeva	CIPS	Original ili ovjerena kopija	-
2. Dokaz o zaposlenju ili penzionisanju	Poslodavac ili PIO/MIO	Original ili ovjerena kopija	-
3. U slučaju prijave smrti van teritorije FBiH dostaviti izvod iz matične knjige umrlih (ukoliko je nastupila smrt)	matični ured nadležne općine	Original ili ovjerena kopija	-

TAKSE I NAKNADE

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

DOKUMENTACIJA KOJU ĆE ORGAN PRIBAVLJATI SLUŽBENIM PUTEM

Uvjerjenja/izvodi iz matičnih knjiga ukoliko je prijava bila na teritoriji FBiH.

Izjavljujem da sam kao nosilac ličnih podataka saglasan/saglasna da se moji podaci koje Zakon o zaštiti ličnih podataka ("Sl.novine BiH" broj 49/06, 76/11 i 89/11) definiše kao posebnu kategoriju podataka, ukoliko to postupak zahtjeva, obrađuju od strane Službe za boračko-invalidsku zaštitu i socijalnu zaštitu Općine Centar Sarajevo u svrhu ostvarivanja prava.

Rok za rješavanje urednog predmeta (sa potpunom dokumentacijom): **30 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

Obrazac čitko popuniti !

Datum: ____ . ____ . 20 ____ .

(Potpis podnosioca zahtjeva)