

Број: _____ / 09
Датум: _____ / 09
Барајево

Подносилац захтева

ПРЕЗИМЕ:
ИМЕ:
ЈМБГ:
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ :
АДРЕСА:
ТЕЛЕФОН У СТАНУ:
МОБИЛНИ ТЕЛЕФОН:

Предмет: **Захтев за признавање права на здравствену заштиту**

Молим да ми признате право на здравствену заштиту.

Правоснажним решењем признат ми је статус ратног – мирнодопског војног инвалида – уживаоца породичне инвалиднине (непотребно прецртати), _____ групе са _____ % инвалидитета.

Како немам други правни основ, молим да ми се, по Закону о правима бораца, војних инвалида и породица палих бораца, призна право на здравствену заштиту.

Породични и имовински статус:

УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ:

1. Лину карту
2. Извод из евиденције незапослених
3. Уверење фонда ПИО да нисам остварио право на пензију
4. Уверење управе прихода Нови Београд
5. Уверење Градског геодетског завода – Земун
6. Други докази по консултацији са правном службом:
канцеларија бр. 16 и 17, телефон: 310-6-816

Потпис подносиоца

У Барајеву, _____
