
(ime, ime oca i prezime)

(Adresa stanovanja)

(kontakt telefon)

OPĆINA BUSOVAČA
Služba za opću upravu, društvene djelatnosti
i braniteljsko/boračko invalidsku skrb/zaštitu

PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu

Obraćam se gore navedenom naslovu da mi odobri pravo na zdravstvenu zaštitu kao:

- a) RVI
- b) obitelji/porodici poginulog branitelja/borca
- c) razvojačenom/demobilisanom branitelju/boracu - (zaokružiti odgovarajući status)

Rješenjem - uvjerenjem broj: _____ od

_____ dokazujem da imam status:

- a) RVI
- b) obitelji/porodice poginulog branitelja/borca
- c) razvojačenog/demobilisanog branitelja/borca - (zaokružiti odgovarajući status)

Napominjem da je moje mjesto prebivališta u općini Busovača.

Busovača, _____ godine

(čitak potpis podnositelja zahtjeva)

09-10
