\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime podnosioca zahtjeva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa stanovanja, općina

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JMBG

**Predmet: Zahtjev za izdavanje Potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu**

Molim Vas da mi odobrite izdavanje potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu za vrijeme *turističkog putovanja/redovnog školovanja* u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 ***navesti državu***

1. U navedenoj državi ću boraviti u periodu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (**ako se radi o turističkom putovanju**)

Potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite treba da se odnosi i na sljedeće članove moje porodice (popunjava se samo ukoliko se radi o turističkom putovanju):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. U navedenoj državi se školujem od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i upisan sam redovno u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ školsku/akademsku godinu, što potvrđujem potvrdom o upisu na redovno školovanje koja se nalazi u prilogu.

U prilogu ovog zahtjeva dostavljam (***precrtati nepotrebno***):

* obrazac/obrazce Ocjene zdravstvenog stanja izdate od strane porodičnog ljekara za mene i članove moje porodice;
* potvrdu o redovnom upisu u školsku/akademsku godinu;
* ovjerenu izjavu;
* kopiju zdravstvene legitimacije.

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Podnosilac zahtjeva**

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

**UNSKO-SANSKOG KANTONA**

**POSLOVNICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Zaprimljeno dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pod brojem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uvidom u matičnu evidenciju Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona utvrđeno je da je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prijavljen na obavezno zdravstveno osiguranje kod

 ***ime i prezime podnosioca zahtjeva***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i da **ima/nema** redovne uplate doprinosa na zdravstveno osiguranje.

 ***obveznik uplate doprinosa***

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis i ovjera odgovornog lica poslovnice