

\_\_\_\_\_, JMB: \_\_\_\_\_,  
(PREZIME (ime roditelja) IME)

\_\_\_\_\_  
(ADRESA PREBIVALIŠTA)

\_\_\_\_\_  
(KONTAKT TELEFON)

**GRADSKA SLUŽBA ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI,  
BORAČKO-INVALIDSKU I SOCIJALNU ZAŠTITU**

**PREDMET: Zahtjev za odjavu raseljenog lica sa zdravstvenog osiguranja**

Podnosim zahtjev za odjavu zdravstvenog osiguranja sa prestankom prava na zdravstvenu zaštitu raseljenog lica - nosilac osiguranja.

Kao i osigurana lica u obrazcu ZO3 - članovi porodičnog domaćinstva:

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

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

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

Navesti razlog odjave \_\_\_\_\_

*Prilozi (dokumenti) koji se predaju uz ovaj zahtjev*

Red. broj	NAZIV DOKUMENTA	DOKUMENT IZDAJE / POSJEDUJE	FORMA DOKUMENTA	NAPOMENA
1.	Lična karta	MUP / Podnosilac zahtjeva	Ovjerena kopija	
2.	Ugovor o radu	Poslodavac	Ovjerena kopija	
3.	Izjava o razlogu odjave sa zdravstvenog osiguranja	Podnosilac zahtjeva	Ovjerena	Kada nema ugovora o radu / rješenja od penzije i sl.

Shodno članu 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH” broj: 48/06, 76/11. i 89/11.) kao nosilac gore navedenih i dostavljenih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležne gradske službe vrše obradu istih u svrhu rješavanja po zahtjevu.

U Gradačcu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Potpis podnosioca zahtjeva**