

ПРЕДМЕТ: Поновна оцјена војног инвалидитета по основу погоршања здравственог стања
(назив административног/управног поступка)

ИМЕ _____
ПРЕЗИМЕ _____
ИМЕ РОДИТЕЉА _____
ДАТУМ И МЈЕСТО _____
РОЂЕЊА _____

ЈМБ _____
ЛИЧНА КАРТА _____
(број и мјесто издавања)

АДРЕСА _____
СТАНОВАЊА _____

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН _____

Образложење захтјева:

Прилози и форма документа:

Редни број	Назив документа	Документ издаје/ посједује	Форма	Коментар
1.	Нова медицинска документација у којој је недвосмислено утврђено да је дошло до погоршања здравственог стања	Здравствена установа	Овјерена копија	
2.	Лична карта	МУП	Копија	

Рок за рјешавање захтјева странке: Рок за рјешавање потпуног захтјева странке 40 дана.

Назив и висина таксе и/или накнаде: /

У Прњавору,
Дана _____

Подносилац захтјева

ШИФРА: БИЗ 11