

ПРЕДМЕТ: Здравствена заштита
(назив административног/управног поступка)

ИМЕ _____
ПРЕЗИМЕ _____
ИМЕ РОДИТЕЉА _____
ДАТУМ И МЈЕСТО _____
РОБЕЊА _____

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.	Увјерење да није корисник пензије	Фонд ПИО	Оригинал	
2.	Потврда/увјерење	Пореска управа РС	Оригинал	
3.	Потврда да није регистрован у АПИФ-у	АПИФ Прњавор	Оригинал	
4.	Увјерење о посједовном стању	Републичка управа за геодетске и имовинско правне послове	Оригинал	
5.	Изјава о члановима домаћинства	Одјељење за општу управу	Оригинал	
6.	Лична карта	МУП	Копија	

Рјешење о признатом статусу прибавља орган по службеној дужности.

Рок за рјешавање захтјева странке: Рок за рјешавање потпуног захтјева странке 20 дана.
Назив и висина таксе и/или накнаде: /

У Прњавору,
Дана _____

Подносилац захтјева

ШИФРА: БИЗ 5