

\_\_\_\_\_  
/Preduzeće/

\_\_\_\_\_  
/Mjesto/

\_\_\_\_\_  
/Adresa i broj tel./

\_\_\_\_\_  
/Broj žiro-računa/

\_\_\_\_\_  
/Naziv banke/

Broj: \_\_\_\_\_

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

Zavod zdravstvenog osiguranja BPK\_a  
Goražde

**PREDMET:** Zahtjev za refundaciju bolovanja preko 42 dana;

Na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH, broj:30/97 i 7/02), obavještavamo Vas da su bili na bolovanju sljedeći radnici:

Red.broj	Prezime i ime radnika	Prvi dan spriječenosti	Bolovanje od	Bolovanje do	Iznos KM

**UKUPNO KM:**

Prilog: ·  
Doznake popunjene 2x

M.P.

ODGOVORNI RUKOVODILAC  
\_\_\_\_\_