

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
BOSANSKO-PODRINJSKI KANTON GORAŽDE
KANTONALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA BOSANSKO-PODRINJSKOG
KANTONA GORAŽDE

PODNOŠITELJ ZAHTEVA:

_____ (ime i prezime)

_____ (JMBG)

_____ (Adresa)

U _____, _____, _____ .2021.

POPUNJAVA KZZO GORAŽDE:

_____ (Zaprmljeno dana)

_____ (Organ. Jedinica)

_____ (Broj protokola)

_____ (Dokumente zaprimio)

ZAHTEJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA :

Lijekove Liječenje Ortopedska pomagala Dijagnostika PH nalaz Drugo

x – označiti polje za koju se refundaciju troškova odnosi

PODACIO OSIGURANOJ OSOBI	Ime i prezime osigurane osobe:.....
	JMBG osiguranika:.....
	Broj lične karte:.....
	Adresa stanovanja:.....
	Broj telefona:.....
	Broj žiroračuna:.....

OBRAZLOŽENJE

Uz zahtjev se prilaže:

1. Medicinska dokumentacija na Bosanskom jeziku, ukoliko nije prevesti od strane ovlaštenog sudskog tumača(nalaz specijaliste, otpusno pismo i sl.) - (**kopija**)
2. Računi troškova – **fiskalni račun (original)**, ukoliko su račun u drugoj valuti dostaviti potvrdu iz banke koji je iznos po važećoj kursnoj listi
3. Zdravstvena legitimacija - (**kopija prve tri strane**)
4. Tekući račun banke (kartica) - (**kopija**)

Potpis podnosioca zahtjeva:
