

Подносилац захтјева:		Шифра: 02.08.
Име и презиме		( ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА )
Адреса		
Контакт телефон		

**РЕПУБЛИКА СРПСКА**

**ГРАД ТРЕБИЊЕ**

**ГРАДОНАЧЕЛНИК**

**ГРАДСКА УПРАВА**

**ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКУ И СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ**

**ЗАХТЈЕВ: ПОНОВНА ОЦЈЕНА ВОЈНОГ ИНВАЛИДИТЕТА ПО ОСНОВУ ПОГОРШАЊА У ВЕЗИ СА УТВРЂЕНИМ СТЕПЕНОМ ВОЈНОГ ИНВАЛИДИТЕТА**

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
<input type="checkbox"/> Нова медицинска документација која је везана за постојеће стање инвалидности	Надлежна здравствена установа	Овјерена копија	-

ТАКСЕ И НАКНАДЕ			
Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 60 дана

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Трајно

\_\_\_\_\_  
(Датум подношења захтјева)

\_\_\_\_\_  
(Потпис подносиоца захтјева)