

Подносилац захтјева:		Шифра: 02.15.
Име и презиме		(ОТИСАК ПРИЈЕМНОГ ШТАМБИЉА)
Адреса		
Контакт телефон		

РЕПУБЛИКА СРПСКА

ГРАД ТРЕБИЊЕ

ГРАДОНАЧЕЛНИК

ГРАДСКА УПРАВА

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКУ И СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ

ЗАХТЈЕВ: УПУЋИВАЊЕ У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ РАДИ БАЊСКОГ ЛИЈЕЧЕЊА

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
<input type="checkbox"/> Кућна листа	Одјељење за општу управу	Оригинал	-
<input type="checkbox"/> Рјешење о признатом статусу	Одјељење за борачку и социјалну заштиту	Копија	Прибављање по службеној дужности (подносилац захтјева не плаћа таксу/накнаду)
<input type="checkbox"/> Налаз и мишљење љекара специјалисте за одређену болест	Надлежна здравствена установа	Оригинал	-

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

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 20 дана (3 дана за преглед потпуности захтјева)

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Трајно

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)