

Podaci podnosioca zahtjeva

Ime		Otisak prijemnog pečata
Prezime		
Ime oca		
JMB		
Prebivalište/Adresa		
Komponenta HVO /ARBiH		
Kontakt telefon/mobitel		

HERCEGOVAČKO-NERETVANSKI KANTON
MINISTARSTVO ZA PITANJA BRANITELJA/BORACA HNŽ/K

ZAHTJEV**za priznavanje prava na preventivni zdravstveni pregled**

Molim nadležno Ministarstvo da mi u svojstvu:

- ratnog vojnog invalida,
- dobitnik ratnog priznanja i odlikovanja,
- učesnik rata-demobilisani branioc.

(Zaokružiti odgovarajući status)

odobri pravo na preventivni zdravstveni pregled.

Datum posljednjeg medicinskog pregleda:

Da li se podnosilac zahtjeva liječi u kontinuitetu i po kojem osnovu?

Da li ste i kada ste zadnji put pristupili organiziovanom sistematskom ljekarskom pregledu?

Naziv i sjedište Ambulante porodične medicine u kojoj se vodi zdravstveni karton:

Ime i prezime izabranog ljekara porodične medicine:

Napomena: Na preventivni zdravstveni pregled potrebno je ponijeti važeću zdravstvenu knjižicu, a uz ovaj zahtjev priložiti i dokaz-obavijest o prebivalištu u HNK.

Datum: _____ godine

Vlastoručni potpis podnosioca zahtjeva

Na osnovu člana 5. Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj: 49/06, 76/11 i 89/11) kao nosilac gore navedeni ličnih podataka i ličnih podataka u ispravama koje su priložene uz predmetni zahtjev saglasan/saglasna sam da Ministarstvo za pitanja branitelja-boraca HNŽ-K vrši obradu istih u svrhu rješavanja prava po ovom zahtjevu, u skladu sa Zakonom.