

Podaci podnosioca zahtjeva

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

**HERCEGOVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA-KANTON
MINISTARSTVO ZA PITANJA BRANITELJA/BORACA MOSTAR**

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

Molim nadležno Ministarstvo da mi u svojstvu:

- ratnog vojnog invalida,
- dobitnika ratnog priznanja i odličja,
- dragovoljca/veterana-sudionika rata-razvojačenog branitelja.
(*Zaokružiti odgovarajući status*)

odobri pravo na preventivni zdravstveni pregled.

Datum posljednjeg medicinskog pregleda:

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

Da li ste i kada ste zadnji put pristupili organiziranom sistematskom liječničkom pregledu?

Naziv i sjedište Ambulante obiteljske medicine na području Grada Mostara/HNŽ u kojoj se vodi zdravstveni karton:

Ime i prezime izabranog liječnika obiteljske medicine:

Napomena: Na preventivni zdravstveni pregled potrebno je ponijeti važeću zdravstvenu iskaznicu ZZO HNŽ.

Datum: _____ godine

Vlastoručni potpis podnosioca zahtjeva

Temeljem članka 5. Zakona o zaštiti osobnih podataka („Službeni glasnik BIH“ broj: 49/06, 76/11 i 89/11) kao nositelj gore navedenih osobnih podataka i osobnih podataka u ispravama koje su priložene uz predmetni zahtjev suglasan/suglasna sam da Ministarstvo za pitanja branitelja HNŽ vrši obradu istih u svrhu rješavanja prava po ovom zahtjevu, sukladno Zakonu.