_____
(ime i prezime)

(Jedinstveni matični broj)

_____
(Adresa-ulica i broj)

_____
(Mjesto i broj pošte)

_____
(Broj telefona)

ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
TUZLANSKOG KANTONA
TUZLA

_____
(Poslovnica zdravstvenog osiguranja)

PREDMET: **ZAHTJEV ZA:**

☐ MEDICINSKU REHABILITACIJU

☐ OBNOVU MEDICINSKE REHABILITACIJE

Uz zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

1. Original Prijedlog za upućivanje na medicinsku rehabilitaciju izdat od strane ovlaštenog doktora primarne zdravstvene zaštite u JZU DZ _____, dana_____.
2. Kopiju:

   ☐ OTPUSNOG PISMA

   ☐ SPECIJALISTIČKOG NALAZA
3. Ostalo:
   _____
   _____
   _____

_____ _____
(datum podnošenja zahtjeva) (potpis podnosioca zahtjeva)

Premija osiguranja za tekuću godinu DA NE
Oslobođen od plaćanja participacije DA NE

_____
(referent zdravstvenog osiguranja)