_____
(ime i prezime)

(Jedinstveni matični broj)

_____
(Adresa-ulica i broj)

_____
(Mjesto i broj pošte)

_____
(Broj telefona)

Osiguran:
☐ Lično ☐ Član porodice

_____
Ime i prezime nosioca osiguranja

ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
TUZLANSKOG KANTONA
POSLOVNICA TUZLA

PREDMET: Zahtjev za izdavanje **Potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu/dvojezičnog obrasca**

Molim vas da mi odobrite izdavanje Potvrde o pravu na korištenja zdravstvene zaštite u inostranstvu/dvojezičnog obrasca za _____ za period važenja od _____ do _____. **(navesti državu u koju se putuje)**

Potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu/dvojezični obrazac odnosi se:

- na nosioca osiguranja ;
- na članove porodice . (odgovarajuće zaokružiti)

Podaci o članovima porodice koji putuju u inostranstvo (ime, prezime i JMB):
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

U prilogu ovog zahtjeva dostavljam obrazac/obrasce Ocjene zdravstvenog stanja izdate od strane porodičnog ljekara za mene i članove moje porodice (precrtati nepotrebno)

Datum _____

_____
Potpis podnosioca zahtjeva

_____
(potpis i ovjera odgovornog lica poslovnice)