

IZJAVA

Ja, _____ iz _____, _____,
(ime i prezime podnosioca zahtjeva) (mjesto) (datum rođenja ili JMB)

saglasan/na sam da se uplata sredstava po zahtjevu za povrat troškova podnesenih u
Zavodu zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona izvrši na tekući račun broj:

_____ otvoren u _____
(broj tekućeg računa) (naziv banke)

koji glasi na ime _____
(ime i prezime vlasnika tekućeg računa)

Uz Izjavu (zaokružiti odgovarajuće):

- prilažem kopiju **samo prednje strane bankovne kartice** sa brojem tekućeg računa
- prilažem potvrdu ili neki drugi dokument iz kojeg je vidljiv broj tekućeg računa i podaci o vlasniku

- ne dostavljam prilog

te sam saglasan/na da se prilog (ako je priložen) može koristiti u navedene svrhe.

Potpis davaoca izjave

(mjesto i datum)
