

IZJAVA

kojom ja, _____, JMBG _____ iz _____,
(ime i prezime) (općina prebivališta)
_____, kontakt telefon _____, pod punom
(adresa prebivališta) (broj telefona)
materijalnom i kaznenom odgovorno- u, izjavljujem da sam, dana _____
(dan i mjesec)
201_. godine, na ime pružene zdravstvene usluge u _____
(naziv zdravstvene ustanove)
kod lije nika _____, platio-la iznos od _____ KM
(ime i prezime liječnika)
kao osobno sudjelovanje u sno-enju dijela tro-kova zdravstvene za-tite iako sam
uplatio-la premiju osiguranja _____ za 201_. godinu u podru nom uredu
(broj premije)
Zavoda za zdravstveno osiguranje Hercegbosanske flupanije u _____.
(područni ured)

U Livnu, __.__.201_. godine

Podnositelj izjave

U pravitku:

ó originalni račun za pla enu uslugu i

ó preslika medicinske dokumentacije.