

Подносилац захтјева:

| |
|-------------------------|
| ПРЕЗИМЕ: |
| ИМЕ: |
| ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА: |
| ЈМБ |
| БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ И МУП: |
| КОНТАКТ АДРЕСА: |
| КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: |

ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ

**РЕПУБЛИКА СРПСКА
ОПШТИНА ГАЦКО
Одјељење за општу управу**

Предмет: Захтјев за утврђивање новог процента војног инвалидитета

Молим да ми, због погоршања мог здравственог стања, утврдите нови проценат војног инвалидитета.

РВИ – МВИ сам _____ категорије са _____% инвалидитета, правом на ортопедски додатак _____ степена, и правом на додатак за његу и помоћ _____ степена.

Уз захтјев прилажем :

- Специјалистичке налазе љекара специјалисте из овлашћене здравствене установе.

Гацко, _____ године

Потпис подносиоца захтјева
