.....

Ime i prezime podnosioca zahtjeva

JMBG

.....

Adresa

..... Kontakt telefon

Sarajevo, ... 20 ..... godine

ZAVODU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
KANTONA SARAJEVO
LOŽIONIČKA BR. 2
71000 SARAJEVO

SLUŽBA/SEKTOR : KOMISIJA ZA LIJEKOVE

Predmet : Zahtjev za .....

Obrazloženje:

.....

.....

.....

Podnosilac zahtjeva

.....

PRILOZI

1. ORIGINAL RAČUN
2. ~~PRIJAVNICA CIPS-a~~
3. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (kopija nalaza ili otpusnog pisma ili drugo)
4. POTVRDA O OTVORENOM TRANSAKCIJSKOM RAČUNU

Napomena : Radnik na prijemu pošte će prilikom zaprimanja zahtjeva izvršiti kontrolu priložene dokumentacije i evidentirati ukoliko je stranka navela prilog kojeg nije faktički priložila.