_____

Ime i prezime

JMBG													

_____

Adresa

Telefon_____

Sarajevo_____2023. god.

ZAVODU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
KANTONA SARAJEVO

ZA KOMISIJU ZA LIJEKOVE

ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU NOVCA

Obrazloženje:

_____
_____
_____
_____
_____

Podnosilac zahtjeva:

_____

U PRILOGU:

1. **ORIGINAL** RAČUN
2. PRIJAVNICA CIPS-a
3. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (kopija nalaza ili otpusnog pisma ili drugo)
4. ŽIRO RAČUN (KOPIJA BANKOVNE KARTICE)