

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

DC8FI BC>G@ ý6=#
DC8FI BCA I F98I I

SREDIŠNJOJ SLUŽBI

ISPOSTAVI

PODRUČNE SLUŽBE #
DC8FI BC; I F985I

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE ZA OSIGURANU OSOBU U OBVEZNOME ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Molim da mi izdate prijavu za ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja za:

IME I PREZIME KORISNIKA

DATUM ROĐENJA KORISNIKA

MATIČNI BROJ GRAĐANA

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)

OSOBNI BROJ KORISNIKA

ADRESA PODNOSITELJA ZAHTJEVA

Prijava je potrebna korisniku mirovine za ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

U , datum

Podaci za kontakt

tel.:

mob.:

e-mail:

Podnositelj zahtjeva *

* Svojim potpisom odgovaram za točnost navedenih podataka te dajem suglasnost HZMO-u za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama.

Zahtjevu prilažem:

1. Punomoć
2. Rješenje o skrbištvu