

\_\_\_\_\_  
(ime, ime oca i prezime)

Datum rođenja \_\_\_\_\_

MBG \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HRVATSKI ZAVOD ZA  
MIROVINSKO OSIGURANJE  
Područna služba/ured u**

\_\_\_\_\_

**PREDMET:** Suglasnost za provjeru podataka u Bosni i Hercegovini

U skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka (Službeni glasnik BiH, broj 49/06 i 76/11), svojim potpisom dajem suglasnost za provjeru podataka iz službene evidencije Federalnog ministarstva za pitanja branitelja i invalida Domovinskog rata i ostalih nadležnih institucija u Bosni i Hercegovini koje traži Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje radi kompletiranja dokumentacije potrebne za ostvarivanje prava na invalidsku odnosno obiteljsku mirovinu prema Zakonu o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji (Narodne novine, broj 121/17, 98/19, 84/21 i 156/23).

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis)