

**ZAHTJEV ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE
U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA NA JEDNOKRATNU POMOĆ
OD STRANE POSLODAVCA**

PREZIME (IME OCA) I IME OSOBE ČIJE SE MEDICINSKO VJEŠTAČENJE VRŠI	
JMBG	
GODINA ROĐENJA I MJESTO	
LIČNA KARTA BROJ IZDATA OD	
ADRESA STANOVANJA	
KONTAKT TELEFON	

Zahtjev se podnosi radi ostvarivanja prava na jednokratnu pomoć kod:

1. DRŽAVNIH SLUŽBENIKA I NAMJEŠTENIKA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE (DIF), kao i ostali uposlenici pravnih lica u javnom ili privatnom vlasništvu na nivou općine, grada, kantona ili FBiH (Važeća Lista Federalnog ministarstva zdravstva)

Molimo zaokružite samo jedno 1.Teške bolesti/Teške povrede ili 2.Stepen oštećenja

2. DRŽAVNIH SLUŽBENIKA I NAMJEŠTENIKA BOSNE I HERCEGOVINE (D-DIF), kao i ostali uposlenici pravnih lica u javnom ili privatnom vlasništvu na nivou BiH (Odluka Vijeća ministara BiH)

Molimo zaokružite samo jedno 1.Teške bolesti/Teške povrede ili 2.Stepen oštećenja

3.Ukoliko poslodavac ima svoju listu u kojoj je propisano, radnik je dužan priložiti kopiju prve stranice Kolektivnog ugovora sa jasnim nazivom i datumom objave i član istog na koji se poziva uz popunjeni zahtjev te će biti cijenjeno sukladno tome.

Molimo zaokružite samo jedno 1.Teške bolesti/Teške povrede, 2.Stepen oštećenja, 3.Neophodnog liječenja/operativnog zahvata

NAPOMENA: Ukoliko se ne priloži i zahtjev u kojem je tačno navedeno koje medicinsko stanje/bolest želite da se cijeni, kompletna medicinska dokumentacija će se uzimati u obzir prilikom donošenja ocjene i ista će biti i navedena.

Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:

1. Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje s naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;
2. Ličnu kartu (kopija) osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;
3. Prijavu o mjestu prebivališta – boravišta (kopija CIPS) osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;
4. Kopije medicinske dokumentacije sa kojom raspolazete;

UPUSTVO ZA UPLATU

Uplatio je: IME I PREZIME, KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE - NAZNAČITI IME I PREZIME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA, (navesti Odjeljenje Instituta)

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 102,96 KM

PODNOŠILAC ZAHTJEVA(Ime i prezime fizičke osobe ili naziv i pečat pravne osobe)

Dana: _____