|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime podnositelja/ice  zahtjeva |  |
| Ime i prezime roditelja |  |
| OIB |  |
| Ulica i kućni broj |  |
| Poštanski broj i mjesto |  |
| Broj mobitela ili telefona za kontakt |  |

**ZADARSKA ŽUPANIJA**

**UPRAVNI ODJEL ZA ZDRAVSTVO**

**PREDMET: Zahtjev za prestanak prava na zdravstvenu zaštitu**

Molim da mi se izda rješenje o prestanku prava na zdravstvenu zaštitu u opsegu prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, na teret Državnog proračuna sa danom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine budući da sam pravo na zdravstvenu zaštitu ostvario/la po drugoj osnovi i to kao \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su navedeni podaci istiniti.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(potpis podnositelja/ice zahtjeva)

U privitku (zaokružiti)

1. Osobna iskaznica

2. Potvrda Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje

3. Presliku ugovora o radu

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_