

**OBRAZAC 13 - ZAHTJEV ZA IZDAVANJE UVJERENJA**

**IME I PREZIME PODNOSIOCA ZAHTJEVA:**

JMB:

Ime i prezime osobe za koju se podnosi zahtjev:

JMB:

Adresa prebivališta:

Kontakt telefon:

E-mail:

**Zavod zdravstvenog osiguranja  
Zeničko-dobojskog kantona**

72000 Zenica, dr. A. A. Borića 288  
tel:+387 32 466 250; fax:+387 32 466 282



**The Health Insurance Institute  
of Zenica-Doboj Canton**

web: www.zzozedo.ba  
e-mail: kzzo.ze@zsozedo.ba

**PREDMET: ZAHTJEV ZA IZDAVANJE UVJERENJA**

Molimo vas da mi izdate uvjerenje da \_\_\_\_\_

Uvjerenje mi je potrebno u svrhu \_\_\_\_\_

( navesti svrhu izdavanja uvjerenja)

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva: \_\_\_\_\_

Potpis podnositelja zahtjeva \_\_\_\_\_