**Ime i prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kontakt telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Sarajevo, dana*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MINISTARSTVO ZDRAVSTVA**

**KANTONA SARAJEVO**

**Ul. Reisa Džemaludina Čauševića br. 1**

**71000 Sarajevo**

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE**

**POTVRDE**

Molim vas da mi izdate potvrdu u svrhu regulisanja pravana obavezno zdravstveno osiguranje kao trudnici koja ne može ostvariti zdravstveno osiguranje po bilo kojem drugom osnovu, a u skladu sa **Odlukom o utvrđivanju osnovica, stopa i načinu obračunavanja i uplate naknada za obavezno zdravstveno osiguranje na području Kantona Sarajevo („Službene novine Kantona Sarajevo“ br. 29/09, 20/16 i 40/19).**

 **POTPIS**

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

***Prilog:***

1.Dokaz o trudnoći (nalaz ljekara specijaliste) - ne stariji od 15 dana za **trudnice**, odnosno

rodni listili otpusno pismo novorođenčeta za **porodilje**;

2. Kopija lične karte;

3. CIPS – ne stariji od 6 mjeseci.