

**ZAHTEJEV KORISNIKA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA LIJEKOVE I LIJEČENJE S PRAVOM NA
NAKNADU ZA SUDJELOVANJE U TROŠKOVIMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE TE SUDJELOVANJE U
CIJENI LIJEKA UTVRĐENOG DOPUNSKOM LISTOM LIJEKOVA HRVATSKOG ZAVODA ZA
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

PODACI O KORISNIKU

IME	
PREZIME	
JMBG	
OIB	
PODACI O STATUSU:	
Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata HRVI iz Domovinskog rata (navesti postotak oštećenja organizma, stalno / privremeno do kada)	
ADRESA STANOVANJA	
MJESTO STANOVANJA	
MOBITEL ILI TELEFON	

Datum i mjesto

potpis

Uz zahtjev je potrebno priložiti:

- a) potvrdu nadležne zdravstvene ustanove, odnosno ljekarne, iz koje je vidljiv plaćeni iznos na ime sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno sudjelovanja u cijeni lijeka, u slučaju kada hrvatski branitelj iz Domovinskog rata nema dopunsko zdravstveno osiguranje kojim se osigurao za pokriće tih sudjelovanja
- b) presliku izvršnog rješenja iz članka 4. ili 6. Pravilnika o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata koja nisu utvrđena kao standard prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i
- c) presliku kartice tekućeg računa (samo podnositelji zahtjeva koji nemaju status HRVI iz Domovinskog rata).