



Подносилац захтјева		03-26
Име и презиме		( ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ )
Име једног родитеља		
Адреса (мјесто, улица и број)		
Контакт телефон		

**ОДЈЕЛЕЊЕ ЗА ПРИВРЕДУ И ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ**

**ОДСЈЕК ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ**

**ПРЕДМЕТ: ПОНОВНА ОЦЈЕНА ИНВАЛИДИТЕТА ПО ОСНОВУ ПОГОРШАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА**

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
Лична карта	МУП	На увид	-
Нова медицинска документација	Надлежна здравствена установа	Копија	-

ТАКСЕ И НАКНАДЕ			
Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
-	-	-	-

**Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуну документацијом): 30 (3 дана за преглед предмета)**

**Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Док постоје Законом прописани услови**

**Обавјештење:** Просјечно вријеме за рјешавање потпуног захтјева - 7 дана

\_\_\_\_\_  
(Датум подношења захтјева)

\_\_\_\_\_  
(Потпис подносиоца захтјева)