



04-17

Подносилац захтјева

Име и презиме	
Име једног родитеља	
ЈМБ	
Адреса становања или контакт адреса	
Контакт телефон	

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ

**ПРЕДМЕТ: ПОВЕЋАЊЕ ПРОЦЕНТА ВОЈНОГ ИНВАЛИДИТЕТА ПО ОСНОВУ ПОГОРШАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА**

ДОКУМЕНТАЦИЈА

Назив документа	Институција	Форма	Коментар
Лична карта	МУП	Копија	/
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 потпуном документацијом): 60 дана**

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

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)