



ГРАДСКА ОПШТИНА
ВОЖДОВАЦ

Београд
Устаничка 53

УПРАВИ ЗА БОРАЧКО - ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ПРЕДМЕТ: **ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ УВЕРЕЊА РАДИ ОСТВАРИВАЊА
ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

Молим да ми се изда уверење о својству РВИ - МВИ ради остваривања права из
здравствене заштите.

У Београду, _____

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:

(име и презиме)

(адреса)

(ЈМБГ)

(телефон)