

PODACI O PODNOSIOCU ZAHTEVA:

2024. GODINA

IME I PREZIME													
IME OCA													
JMBG													
ADRESA													
OPŠTINA													
KONTAKT TELEFON													

Savez za rijetke bolesti Republike Srpske
Adresa pošte: Dragočaj bb, 78000 Banja Luka
KONTAKT TELEFON: 066/863-267

PREDMET: ZAHTEJ ZA DODJELU JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI

.....

.....

.....

.....

PODACI O RAČUNU

IME I PREZIME IMAOCA RAČUNA	
BROJ RAČUNA	
ADRESA	
OPŠTINA	
BANKA KOD KOJE SE VODI RAČUN	

UZ ZAHTEJEV PRILAŽEM SLIJEDEĆU DOKUMENTACIJU:

1. Kopija legitimacije ili rješenje/nalaz Centra za rijetke bolesti da je potvrđen status rijetke bolesti
2. Potvrda banke o otvorenom računu (kopija transakcionog računa);
4. Medicinska dokumentacija (ukoliko se radi za nabavku lijekova, medicinskog materijala, pomagala. Ukoliko je za troškove prevoza na liječenje, potrebno otpusno pismo/nalaz o liječenju u navedenom periodu);
5. Račun/i.

(mjesto)

(datum)

(potpis podnosioca zahtjeva)