

**OBRAZAC 4 - ZAHTJEV ZA ODOBRAVANJE NABAVKE ORTOPEDSKOG POMAGALA - SANITARNE SPRAVE**

**PODNOŠLAC ZAHTJEVA**

Ime i prezime osiguranog lica:

JMB:

Adresa prebivališta:

Kontakt telefon:

E-mail:

Zavod zdravstvenog osiguranja  
Zeničko-dobojskog kantona

72000 Zenica, dr. A. A. Borića 288  
tel:+387 32 466 250; fax:+387 32 466 282



The Health Insurance Institute  
of Zenica-Doboj Canton

web: www.zzozedo.ba  
e-mail: kzzo.ze@zozedo.ba

## Zahtjev za odobravanje nabavke ortopedskog pomagala - sanitarne sprave

### KRATAK SADRŽAJ ZAHTJEVA:

(obavezno navesti naziv ortopedskog pomagala)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

Potpis osiguranog lica

### PRILOZI

(zaokružiti dostavljenu dokumentaciju)

- 1. Kopija novog specijalističkog nalaza ili otpusnog pisma kojim je indicirano korištenje ortopedskog pomagala - sanitarne sprave
- 2. Potvrda o potrebi ortopedskog pomagala - sanitarne sprave