

**OBRAZAC 16- ZAHTEJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA OVJERAVANJE ZDRAVSTVENE LEGITIMACIJE I ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ZAPOSLENIKA PO OSNOVU SPORAZUMA O PLAĆANJU DUGA U RATAMA ZAKLJUČENOG IZMEĐU POREZNE UPRAVE FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE, ODNOSNO KANTONALNOG POREZNOG UREDA I POREZNOG OBVEZNIKA**

**PODNOSLAC ZAHTEJVA**

Zavod zdravstvenog osiguranja  
Zeničko-dobojskog kantona  
72000 Zenica, dr. A. A. Borića 28B  
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@zsozedo.ba

Naziv obveznika uplate doprinosa:

\_\_\_\_\_

ID broj:

\_\_\_\_\_

Adresa:

\_\_\_\_\_

Ime i prezime ovlaštenog lica:

\_\_\_\_\_

JMBG:

\_\_\_\_\_

Kontakt telefon:

\_\_\_\_\_

E-mail:

\_\_\_\_\_

**PREDMET: Zahtjev za ostvarivanje prava na ovjeravanje zdravstvene legitimacije i zdravstvenu zaštitu zaposlenika po osnovu Sporazuma o plaćanju duga u ratama zaključenog između Porezne uprave Federacije Bosne i Hercegovine, odnosno Kantonalnog poreznog ureda i poreznog obveznika**

Porezni obveznik \_\_\_\_\_ zaključio je Sporazum o plaćanju  
(naziv)

duga \_\_\_\_\_ sa Poreznom upravom Federacije Bosne i Hercegovine,  
(broj i datum Sporazuma)

Kantonalni porezni ured \_\_\_\_\_.

Molim Zavod zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona da razmotri predmetni Sporazum i dozvoli ovjeravanje zdravstvenih legitimacija naših zaposlenika na osnovu mjesečnih uplata po zaključenom Sporazumu i redovnih tekućih uplata doprinosa.

Obavezujem se da ću u slučaju bilo kakvih promjena u pogledu primjene Sporazuma odmah obavijesiti Zavod.

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

\_\_\_\_\_

Potpis podnosioca zahtjeva

\_\_\_\_\_

**PRILOG:**

Sporazum o plaćanju duga u ratama zaključenog između Porezne Uprave Federacije Bosne i Hercegovine, odnosno Kantonalnog poreznog ureda i poreznog obveznika