**Bosna i Hercegovina**

**Federacija Bosne i Hercegovine**

**INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA**

**ZAHTJEV ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE**

**U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA NA POVLASTICU ZA UVOZ MOTORNOG VOZILA**

**PODACI SE POPUNJAVANJU ZA OSOBU ZA KOJU SE VRŠI PREGLED I MEDICINSKO VJEŠTAČENJE**

|  |  |
| --- | --- |
| PREZIME (IME RODITELJA) I IME STRANKE |  |
| JMBG |  |
| GODINA ROĐENJA I MJESTO |  |
| LIČNA KARTA BROJ I IZDATA OD (AKO IMA) |  |
| PRIJAVLJENA ADRESA STANOVANJA |  |
| KONTAKT TELEFON RADI POZIVANJA I KUĆNE POSJETE |  |
| IME I PREZIME RODITELJA/STARATELJA I KONTAKT TELEFON |  |

**Zahtjev popuniti**

**-Okrenite-**

**Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:**

1. Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje**s naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;**
2. Ličnu kartu (kopija);
3. Prijavu o mjestu prebivališta – boravišta (kopija CIPS-ova);
4. Kopije izvorne medicinske dokumentacije o nastanku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktuelna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolažete;

**UPUTSTVO ZA UPLATU:**

**UPLATA ZA PREGLED NA INSTITUTU (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):**

Uplatio je: IME I PREZIME I KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE – UVOZ MOTORNOG VOZILA: ***- NAZNAČITI IME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI***

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 267,93 KM

**UPLATA ZA PREGLED U KUĆNOJ POSJETI (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):**

Uplatio je: IME I PREZIME I KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE -UVOZ MOTORNOG VOZILA : ***- NAZNAČITI IME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI***– KUĆNA POSJETA

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 401,89 KM

Podnošenjem ovog zahtjeva daje se odobrenje za obradu u zahtjevu navedenih ličnih/osobnih podataka od strane Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, a u svrhu medicinskog vještačenja i odobrenje da podaci budu ispisani na Nalazu, ocjeni i mišljenju ili drugog akata koje sastavlja Institut u okviru medicinskog vještačenja, te da budu upisani u fizičkoj i elektronskoj arhivi Instituta.

**U SLUČAJU DA SE RADI O MLDB. OSOBI ILI OSOBI KOJA NEMA POSLOVNU SPOSOBNOST ZAHTJEV POTPISUJE RODITELJ ILI PUNOMOĆNIK.**

Dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. godine Podnosilac zahtjeva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_