|  |
| --- |
| HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA  CROATIAN MEDICAL CHAMBER  Grge Tuškana 37 • 10000 Zagreb • Hrvatska • TEL 01/4500 830 • e-mail: hlk@hlk.hr • www.hlk.hr  **Ime i prezime podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **OIB podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***(****navesti službenu adresu iz osobne iskaznice****)***  **Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Na temelju Pravilnika o dodjeli novčane pomoći podnosim**  **ZAHTJEV ZA DODJELU POMOĆI**  **Novčanu pomoć tražim po osnovi:**  **- rođenja ili posvojenja djeteta**  **Zahtjevu prilažem:**   * **izvod iz matice rođenih** *(za dijete)* * **pravomoćna odluka o posvojenju** * **preslika osobne iskaznice** * **IBAN tekućeg računa**   U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(navesti mjesto) (datum)*    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(potpis autoriziranog djelatnika HLK) (potpis podnositelja zahtjeva)*    *NAPOMENA:*  *Zahtjev za dodjelu jednokratne novčane pomoći podnosi se u roku od 1 godine od dana nastanka događaja* . |