|  |
| --- |
|  HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA CROATIAN MEDICAL CHAMBERGrge 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 – 3. i svako daljnje dijete** **Zahtjevu prilažem:**  * **izvod iz matice rođenih**
* **izvod iz matice rođenih *(za prethodno rođenu djecu)* pravomoćna odluka o posvojenju**
* **presliku osobne iskaznice**
* **IBAN tekućeg računa**

 U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *(navesti mjesto) (datum)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *(potpis podnositelja zahtjeva) (potpis autoriziranog djelatnika HLK)*   *NAPOMENA:*  *Zahtjev za dodjelu jednokratne novčane pomoći podnosi se u roku od 1 godine od dana nastanka događaja.*   |