|  |
| --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(navesti službenu adresu iz osobne iskaznice)**  **Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Za maloljetno dijete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(ime i prezime maloljetnog djeteta)*  **OIB maloljetnog djeteta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Na temelju Pravilnika o dodjeli novčane pomoći podnosim**  **ZAHTJEV ZA DODJELU**  **POMOĆI**  **Status podnositelja zahtjeva** *(odabrati)***:**   * **Bračni drug preminulog člana Komore** * **Uzdržavani roditelji ili jedini roditelj preminulog člana Komore** * **Punoljetno dijete na redovitom školovanju** * **Roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore**   **Ispunjava podnositelj zahtjeva sa statusom: bračni drug, uzdržavani roditelj, punoljetno dijete na redovitom školovanju ili roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore:**    **Ime i prezime preminulog člana Komore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **OIB preminulog člana Komore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Novčanu pomoć tražim po osnovi:**  **- smrt člana Komore** *(korisnici pomoći: bračni drug i uzdržavana djeca)*  **Zahtjevu prilažem** *(odabrati)***:**   * **izvod iz matice umrlih** * **izvod iz matice vjenčanih** * **izvod iz matice rođenih (za dijete)** * **dokaz o redovitom školovanju** * **presliku 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 12 mjeseci od dana nastanka događaja.* |