



HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA • CROATIAN MEDICAL CHAMBER

Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Hrvatska • Tel 01/4500 830 • Fax 01/4655 465 • E-mail hlk@hlk.hr • www.hlk.hr



Ime i prezime: _____

OIB: _____

Adresa stanovanja: _____

(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:

- **nastanka bolesti** (*bolovanje bez prekida 6 i više mjeseci*)

Zahtjevu prilažem:

- potvrdu liječnika opće/obiteljske medicine o bolovanju
- 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 6 mjeseci (rok od 6 mjeseci za podnošenje zamolbe počinje teći završetkom bolovanja, odnosno protekom prvih šest mjeseci kontinuiranog bolovanja)