



## 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 podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_

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

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 člana Komore: \_\_\_\_\_

OIB 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 6 mjeseci od dana nastanka događaja.*