



## 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

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

*(navesti službenu adresu iz osobne iskaznice)*

Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_

IBAN tekućeg računa: \_\_\_\_\_

Na temelju Pravilnika o uvjetima i postupku za dodjelu novčane pomoći Hrvatske liječničke komore podnosim

### ZAHTJEV ZA DODJELU POMOĆI

Novčanu pomoć tražim po osnovi:

- nastanka invaliditeta u postotku većem od 80 %

Zahtjevu prilažem:

rješenje nadležnog tijela

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 donošenja rješenja nadležnog tijela