



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 teže bolesti *(bolovanje bez prekida 6 i više mjeseci)*

Zahtjevu prilažem:

potvrdu liječnika opće/obiteljske medicine o bolovanju

potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

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 o od 6 mjeseci za podnošenje zamolbe počinje teći završetkom bolovanja, odnosno protekom prvih šest mjeseci kontinuiranog bolovanja)