



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

## ZAHTEJ ZA DODJELU POMOĆI

Status podnositelja zahtjeva (*odabrati*):

Bračni drug preminulog člana Komore

Uzdržavani roditelj preminulog člana Komore

Roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore

Ispunjava podnositelja zahtjeva sa statusom Bračni drug, Uzdržavani roditelj ili Roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore:

Ime i prezime člana Komore: \_\_\_\_\_

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

---

**Novčanu pomoć tražim po osnovi:**

- **smrt člana Komore** (*korisnici pomoći: braćni drug i uzdržavana djeca*)

**Zahtjevu prilažem** (*odabrati*):

**izvod iz matice umrlih**

**izvod iz matice vjenčanih**

**izvod iz matice rođenih (za dijete)**

**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.*