



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: \_\_\_\_\_

Na temelju Pravilnika o dodjeli pomoći članovima Komore i njihovim obiteljima Hrvatske liječničke komore podnosim

## ZAHTJEV ZA DODJELU POMOĆI

Novčanu pomoć tražim po osnovi:

- nastanka invaliditeta u postotku većem od 80 % *(uslijed kojeg član Komore ne može trajno obavljati liječničku djelatnost)*

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 podnose se u roku od 6 mjeseci od donošenja rješenja nadležnog tijela*