



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 podnositelja zahtjeva: _____

OIB podnositelja zahtjeva: _____

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

Status podnositelja zahtjeva *(odabrati)*:

Član Hrvatske liječničke komore

Roditelj/staratelj maloljetnog djeteta preminulog člana Komore

Ime i prezime člana Komore: _____

OIB člana Komore: _____

Novčanu pomoć tražim po osnovi:

- novčana pomoć za maloljetno uzdržavano dijete / djecu (bračno, izvanbračno, usvojeno) do 18. godine života.

Zahtjevu prilažem:

Izvod iz matice rođenih (za dijete)
pravomoćna odluka o posvojenju
presliku osobne iskaznice
IBAN tekućeg računa

U _____
(navesti mjesto)

(datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)

(potpis autoriziranog djelatnika HLK)

NAPOMENA:

Zahtjev za dodjelu jednokratne novčane pomoći podnosi se u roku od 6 mjeseci od dana nastanka događaja