



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**

Novčanu pomoć tražim po osnovi:

- rođenja ili posvojenja djeteta - blizanci

Zahtjevu prilažem:

Izvod iz matice rođenih (za djecu)

pravomoćna odluka o posvojenju

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