



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

Zahtjevu prilažem:

Izvod iz matice rođenih *(za dijete)*

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