



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:

- smrt bračnog druga ili uzdržavanog djeteta

Zahtjevu prilažem:

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.