



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 teže bolesti** *(bolovanje bez prekida 6 i više mjeseci)*

Zahtjevu prilažem:

potvrdu liječnika opće/obiteljske medicine o bolovanju

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 (rok o od 6 mjeseci za podnošenje zamolbe počinje teći završetkom bolovanja, odnosno protekom prvih šest mjeseci kontinuiranog bolovanja)*