



**UDRUGA HRVATSKIH BRANITELJA  
HRVATSKE ELEKTROPRIVREDE 1990. – 1995.  
REGIONALNI ODBOR ZA \_\_\_\_\_ HRVATSKU  
OGRANAK \_\_\_\_\_**

Datum: \_\_. \_\_. 20\_\_ .god.

**Zahtjev  
potpora za liječenje**

Temeljem Pravilnika o potporama Udruge hrvatskih branitelja Hrvatske elektroprivrede 1990.-1995. ispunjavam ovaj Zahtjev. Upoznat sam sa sadržajem Pravilnika o potporama. Sve niže navedene podatke obavezno ispuniti:

IME I PREZIME ČLANA, IME I PREZIME OSOBE - POTREBE LIJEČENJA (UŽA OBITELJ)

ULICA, KUĆNI BROJ, MJESTO STANOVANJA

OIB OSOBE – POTREBE LIJEČENJA

DATUM ROĐENJA

BROJ TELEFONA

ELEKTRONSKA POŠTA

**KRATAK OPIS TEŽEG ZDRASTVENOG PROBLEMA:**

**POTREBE ZA KOJE ĆE SE KORISTITI DONACIJA U LIJEČENJU ZDRASTVENOG PROBLEMA:**

NAVESTI KONKRETNE USLUGE, POMAGALA ILI ZAHVATE

Vlastoručnim potpisom potvrđujem istinitost navedenih podataka

\_\_\_\_\_  
Potpis člana

Prilozi:

Medicinska dokumentacija – preslika dokumenata

Ponuda ili račun za nabavku pomagala, lijeka ili pružanja usluge

**-ISPUNJAVA UDRUGA-**

BROJ ISKAZNICE

NAZIV OGRANKA

Datum: \_\_. \_\_. 20\_\_ .god.

Temeljem Pravilnika o potporama navedenog datuma je razmatran Zahtjev. Prisutni predstavnici Ogranka:

\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
PREDSJEDNIK OGRANKA IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS

ZAKLJUČAK:

REGIONALNI ODBOR ZA \_\_\_\_\_ HRVATSKU

Dana: \_\_. \_\_. 20\_\_ .god

Temeljem Pravilnika o potporama navedenog datuma je razmatran Zahtjev. Prisutni predstavnici RO:

\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS\_\_\_\_\_  
IME I PREZIME, POTPIS

ZAKLJUČAK:

IZNOS DONACIJE: \_\_\_\_\_ kn

U SLUČAJU ZAKLJUČKA PREDSTAVNIKA RO-a O DOSTAVI ZAHTJEVA SO UDRUGE

\_\_\_\_\_  
POTPIS PREDSJEDNIKA RO

SREDIŠNJI ODBOR UHB HEP-a 90.-95.

DANA: \_\_. \_\_. 20\_\_ .god

ZAKLJUČAK:

\_\_\_\_\_  
POTPIS PREDSJEDNIKA UDRUGE