***OBRAZAC 1. – prijava***

***za Mjeru 1***

Ime i prezime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj upisanih pacijenata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIJAVA**

**NA JAVNI POZIV ZA DODJELU POTPORE LIJEČNICIMA ZAPOSLENIMA**

**NA PODRUČJU GRADA GRUBIŠNOGA POLJA**

Sukladno Javnom pozivu za dodjelu potpore liječnicima zaposlenima na području Grada Grubišnoga Polja, KLASA: 500-03/25-01/2, URBROJ: 2103-5-01/01-25-3, od 30. srpnja 2025. godine, podnosim zahtjev za korištenje mjere:

**MJERA 1.** **Novčana potpora postojećim liječnicima s više od 1500 upisanih pacijenata**

Popratna dokumentacija koju prilažem u privitku (označiti priloženu dokumentaciju):

* obrazac prijave na mjeru 1.
* preslika osobne iskaznice prijavitelja
* dokaz o zaposlenju u Domu zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije, ispostava Grubišno Polje
* potvrda o broju upisanih pacijenata
* potvrda o IBAN-u – izdana od strane banke korisnika
* obrazac privole za obradu osobnih podataka

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su podaci navedeni u zahtjevu i popratnoj dokumentaciji istiniti, što potvrđujem svojim potpisom.

PODNOSITELJ/ICA:

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/