*Obrazac 4.*

*Za Mjeru 2.*

**I Z J A V A**

**o povratu sredstava u slučaju prestanka radnog odnosa**

**u Domu zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije prije proteka roka**

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (podnositelj zahtjeva)

OIB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

izjavljujem da ću u slučaju prestanka radnog odnosa u Domu zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije prije isteka roka od 6 mjeseci od dana potpisa ugovora o dodjeli potpore liječnicima zaposlenima na području Grada Grubišnoga Polja odnosno prije isteka roka od sveukupno 12 mjeseci neprekidnog rada na području Grada Grubišnoga Polja vratiti sredstva ostvarena na ime Javnog poziva za dodjelu potpore liječnicima zaposlenima na području Grada Grubišnoga Polja i to na račun Grada Grubišnoga Polja, IBAN**: HR3123860021813900003**

Ovu izjavu dajem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću što potvrđujem svojim potpisom.

PODNOSITELJ/ICA:

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