



Ime i prezime podnosioca zahtjeva:

JMBG:

Ime i prezime osobe za koju se podnosi zahtjev:

JMBG:

Adresa prebivališta:

Kontakt telefon:

E-mail:

Zahtjev za sufinansiranje troškova liječenja, nabave lijekova ili medicinskih sredstava *podcrtati predmet zahtjeva*

KRATAK SADRŽAJ ZAHTJEVA:

/navesti naziv i dozu lijeka, naziv medicinskog sredstva ili vrstu liječenja, za koje se traži sufinansiranje/

/navesti apoteku/ljekarnu u kojoj želite realizirati odobreno rješenje/

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

Potpis podnosioca zahtjeva

PRILOZI

(zaokružiti dostavljenu dokumentaciju)

- 1. Preslika/fotokopija novog specijalističkog nalaza ili otpusnog pisma
- 2. Original fiskalni račun
- 3. Osobni transakcijski račun otvoren kod komercijalne banke
- 4. Predračun isporučitelja
- 5. Ostala dokumentacija