|  |
| --- |
| REPUBLIKA HRVATSKA |
| **KOPRIVNIČKO - KRIŽEVAČKA ŽUPANIJA****Upravni odjel za zdravstveno-socijalne djelatnosti** |

ZAHTJEV/SUGLASNOST

ZA ISPLATU NOVČANE POMOĆI

**PREZIME I IME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREBIVALIŠTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OIB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ovim putem podnosim zahtjev i dajem suglasnost Upravnom odjelu za zdravstveno-socijalne djelatnosti Koprivničko-križevačke županije da se novčana pomoć za sufinanciranje smještaja isplaćuje na račun

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime), broj računa (IBAN)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_ 2024.

 POTPIS KORISNIKA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_