

Ime i prezime:

OIB:

Adresa stanovanja:

Mjesto:

Naziv tvrtke (org. cjelina):

Matični broj kod poslodavca:

Radni odnos :                      NEODREĐENO                      ODREĐENO                      (ugovor vrijedi do):

Mobitel:

Email:

### POMOĆ IZ FONDA TRAŽIM ZBOG:

- a) pokriva neophodnih troškova operativnih zahvata
- b) pokriva neophodnih troškova nabave lijekova
- c) pokriva neophodnih troškova nabave ortopedskih pomagala
- d) pokriva troškova neophodnog liječenja koje ne pokriva HZZO
- e) pokriva troškova nastalih za vrijeme trajanja liječenja

Uz molbu dostavljam slijedeću dokumentaciju: \_\_\_\_\_

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

Kratko obrazloženje molbe:

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

*Napominjemo kako se Vaši podaci neće koristiti ni u koje svrhe osim gore navedenih, a slati će se nadležnim državnim institucijama koje nalažu pozitivni zakonski propisi RH te će se s njima postupati u skladu s Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka EU 2016/679.*

U \_\_\_\_\_.  
(mjesto i datum)

\_\_\_\_\_  
(potpis podnositelja zahtjeva)