

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA
Maksimirska 111
10 000 Zagreb

**ZAMOLBA ZA DODJELU POMOĆI OD HRVATSKE KOMORE
MEDICINSKIH SESTARA**

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA

IME I PREZIME:

OIB:

ADRESA PREBIVALIŠTA / BORAVIŠTA:

DATUM, MJESEC I GODINA ROĐENJA:

MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:

USTANOVA ZAPOSLENJA:

EVIDENCIJSKI BROJ:

KONTAKT:

STATUS PODNOSITELJA ZAHTJEVA

1. Član HKMS
2. Ostalo

PODACI O ZATRAŽENOJ POMOĆI

RAZLOG TRAŽENJA POMOĆI:

1. Bolest
2. Smrt

ZAMOLBA

(Obrazloženje u koju svrhu se traži novčana pomoć Hrvatske komore medicinskih sestara)

POPIS PRILOŽENIH ISPRAVA**Bolest**

1. Povijest bolesti
2. Medicinska dokumentacija vezana uz dijagnozu
3. Preslika kartice tekućeg računa
4. Ostalo

Smrt

1. Smrtnica
2. Preslika kartice tekućeg računa
3. Ostalo

Datum podnošenja zahtjeva:**Vlastoručni potpis podnositelja zamolbe:**

* u obrascu Zamolbe obvezno je popunjavanje svih polja

* podatke je potrebno ispuniti i zajedno sa odgovarajućom dokumentacijom dostaviti poštom na gore navedenu adresu ili dostaviti elektroničkim putem na e-mail adresu: hkms@hkms.hr

* ovime izjavljujem kako snosim kaznenu i materijalnu odgovornost za istinitost i točnost podataka navedenih u ovoj Zamolbi za dodjelu pomoći, te se obvezujem obavijestiti Hrvatsku komoru medicinskih sestara o svakoj promjeni podataka koji su navedeni u ovoj Zamolbi ili dokumentacije koja je istoj priložena.