

**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. Potvrda banke iz koje je vidljiv vlasnik tekućeg računa i IBAN
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](mailto: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.