

**HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA
MAKSIMIRSKA 111/II
10 000 ZAGREB**

IME I PREZIME: _____

OIB: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA/ BORA VIŠTA: _____

EVIDENCIJSKI BROJ: _____

KONTAKT (e-mail, broj telefona) : _____

Ovim putem temeljem Odluke Vijeća Hrvatske komore medicinskih sestara o mogućnosti besplatnog smještaja podnosim

ZAHTJEV ZA BESPLATNI SMJEŠTAJ

u vremenskom razdoblju od _____ do _____ na adresi Zagreb,
Maksimirska 109/I.

Zahtjev za besplatni smještaj podnosim iz razloga:

(obrazloženje namjene radi koje se podnosi zahtjev za besplatni smještaj)

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju:

(medicinska dokumentacija iz koje je vidljivo vremensko razdoblje za koje je potreban smještaj)

Gore navedeni podaci daju se u svrhu sklapanja Ugovora o besplatnom smještaju sa Hrvatskom komorom medicinskih sestara te se u drugu svrhu ne mogu koristiti.

Mjesto i datum _____

Potpis:
