

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA
Maksimirska 111
10 000 Zagreb

ZAHTJEV	
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:	
PODACI O NASTANKU OŠTEĆENJA	
DATUM:	
VRSTA OŠTEĆENJA (OPISNO):	

POPIS PRILOŽENIH ISPRAVA	
1. Dokument iz kojeg je vidljiv stupanj/vrsta oštećenja izdan od strane nadležnog tijela lokalne ili područne samouprave; 2. Izvadak iz zemljišnih knjiga iz kojeg je vidljiva činjenica vlasništva ili suvlasništva oštećenog stambenog objekta; 3. Potvrdu o prijavi prebivališta/ boravišta iz kojeg je vidljivo kako je prebivalište/ boravište prijavljeno u 2023. prije nastanka oštećenja 4. Presliku vjenčanog lista ukoliko je bračni drug ili životni partner vlasnik oštećenog stambenog objekta. Ukoliko je izvanbračni partner ili neformalni životni partner vlasnik oštećenog stambenog objekta, izjavu danu kod javnog bilježnika, pod punom kaznenom i materijalnom odgovornošću uz dva svjedoka o izvanbračnoj zajednici i zajedničkom kućanstvu na adresi oštećenog stambenog objekta	
Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovih podataka s ciljem ostvarivanja prava na donaciju od strane Hrvatske komore medicinskih sestara te izjavljujem kako sam upoznata/ upoznat s činjenicom da danu privolu mogu u svakom trenutku povući pismenim putem.	
Ovime dodatno izjavljujem kako sam upoznata/ upoznat da će Hrvatska komora medicinskih sestara u slučaju odobrene i isplaćene donacije temeljem članka 10. stavka 8. Zakona o pravu na pristup informacijama („Narodne novine“ broj: 25/13, 85/15) na svojoj internet stranici javno objaviti moje puno ime i prezime kao i iznos dodijeljene donacije.	
Ovime izjavljujem kako snosim kaznenu i materijalnu odgovornost za istinitost i točnost podataka navedenih u ovom zahtjevu za dodjelu donacije, te se obvezujem obavijestiti Hrvatsku komoru medicinskih sestara o svakoj promjeni podataka koji su navedeni u ovom zahtjevu ili dokumentacije koja je istom priložena.	
Datum podnošenja zahtjeva:	
Vlastoručni potpis podnositelja zamolbe:	

* u obrascu Zahtjeva obvezno je popunjavanje svih polja

* podatke je potrebno ispuniti i zajedno sa odgovarajućom dokumentacijom dostaviti poštom na adresu Hrvatske komore medicinskih sestara, Maksimirska 111/II, 10 000 Zagreb