

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____

BROJ TELEFONA/MOB. _____

NAFTALAN,
specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju
Omladinska 23 a
10 310 IVANIĆ-GRAD

Z A H T J E V

za ostvarivanje bolničkog liječenja medicinskomrehabilitacijom/liječenja psorijaze
na teret Proračuna Zagrebačke županije

Status (zaokružiti):

1)

- a) Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata
- b) udovica smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata

2) Dobrovoljni vatrogasac

3) Osoba oboljela od psorijaze

Ukratko obrazložiti zahtjev

U _____, _____

(potpis)

Potpisom ovog Zahtjeva podnositelj Zahtjeva daje izričitu privolu za obradu i korištenje njegovih osobnih podataka navedenih u Zahtjevu, ali isključivo u svrhu poslova vezanih uz pravo na liječenja u SB Naftalan, uz poštivanje odredbi Zakona o zaštiti osobnih podataka. Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem.

Riječi koje imaju rodno značenje bez obzira jesu li korišteni u muškom ili ženskom rodu odnose se jednako na muški i ženski rod.

PRILOŽITI SLIJEDEĆU DOKUMENTACIJU:

1. Osobna iskaznica (ili drugi dokaz o prebivalištu)
2. Dokument kojim se dokazuje status podnositelja zahtjeva (rješenje, uvjerenje, potvrda) –nije primjenjivo za osobe oboljele od psorijaze
3. Medicinska dokumentacija (mišljenje i nalaz doktora specijalista o potrebi bolničkog liječenja).

NAPOMENA: Svu dokumentaciju dostaviti u preslici, a na zahtjev bolnice dostaviti originale na uvid.

Mišljenje Povjerenstva:

Povjerenstvo, potpis i pečat
