|  |
| --- |
|  |
| (Prezime i ime podnositelja zahtjeva) |
| (Adresa podnositelja zahtjeva) |
| (Telefon ili mobitel) |
| (OIB) |

**GRAD LABIN  
Upravni odjel za društvene djelatnosti**

**Potvrda o obavljenom liječničkom pregledu   
i zahtjev za refundaciju putnih troškova**

Ovom potvrdom ostvaruje se pravo na refundaciju putnih troškova nastalih zbog odlaska na specijalistički liječnički pregled, a sukladno Odluci od 10. veljače 2022. godine.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum pregleda: |  |  |
| Zdravstvena ustanova: |  | |
| Grad / mjesto (zaokružiti): | PAZIN | PULA |
| Potpis i pečat predstavnika  zdravstvene ustanove: |  |  |

|  |
| --- |
| *(Ispunjava Grad Labin)*  *Izračun broja prijeđenih kilometara: Odobrena naknada: kn*  *Datum podnošenja zahtjeva:* |

Broj tekućeg računa (IBAN) na koji će se isplatiti naknada:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| H | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Potpis podnositelja zahtjeva) |  | (Potpis službene osobe Grada Labina) |