

\_\_\_\_\_  
(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)