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 medicinskom rehabilitacijom/liječenja psorijaze

**na teret Proračuna Zagrebačke županije**

Status (zaokružiti):

* 1. Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata
  2. udovica smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata

1. Dobrovoljni vatrogasac
2. 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_