|  |
| --- |
| **ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA –****POTVRDA O OBAVLJENOM MAMOGRAFSKOM PREGLEDU** **Općina Kršan, Blaškovići 12, Kršan** |

|  |
| --- |
| **(Prijemni štambilj popunjava pisarnica Općine Kršan)** |

 ****

**PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime |  |
| Adresa prebivališta |  |
| OIB |  |
| Telefon / mobitel |  |
| E-pošta |  |

**POTVRDA O OBAVLJENOM MAMOGRAFSKOM PREGLEDU**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum pregleda |  |
| Zdravstvena ustanova  |  |
| Grad (zaokružiti) |  *PAZIN / PULA* |
| Potpis i pečat predstavnika zdravstvene usluge |  |

**PODACI O TEKUĆEM RAČUNU ZA ISPLATU NAKNADE**

|  |  |
| --- | --- |
| Broj tekućeg računa (IBAN) |  |
| Naziv banke |  |
| Vlasnik računa |  |

|  |
| --- |
| Podnošenjem zahtjeva, pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da pravo na naknadu putnih troškova za obavljeni mamografski pregled nisam ostvarila na temelju putnog naloga HZZO-a. U skladu s čl. 6. i čl. 7. Uredbe EU 2016/679 daje se privolu za obradu osobnih podataka, u svrhu ostvarivanja prava na podmirenje putnih troškova, prema predočenom obrascu gdje je voditelj obrade Općine Kršan. |

Mjesto i datum: Vlastoručni potpis:

|  |  |
| --- | --- |
| Upisuje  | **Općina Kršan** |
| Izračun prijeđenih kilometara |  |
| Odobrena naknada  |  |