
(ime i prezime)

(datum i mjesto rođenja)

(OIB)

(adresa prebivališta)

(telefon)

**URED DRŽAVNE UPRAVE U
ZADARSKOJ ŽUPANIJI
Služba za društvene djelatnosti
J. J. Strossmayera 20
23000 – ZADAR**

**PREDMET: Zahtjev za povrat /refundaciju/ troškova prijevoza radi pregleda
pred vijećem liječničkog povjerenstva u drugom stupnju**

Dana _____ godine, putovao/la sam autobusom, na relaciji
_____ - Zagreb, na pregled pred vijećem liječničkog povjerenstva u
drugom stupnju.

Molim naslov da mi sukladno članku 73., 141. i 142. Zakona o pravima hrvatskih
branitelja iz Domovinskog rata nadoknadi troškove navedenog putovanja s obzirom da je moj
zahtjev (za priznavanje prava odnosno povećanja skupine oštećenja organizma) pozitivno
riješeno.

U Zadru, _____ godine

(potpis podnositelja zahtjeva)

Potrebna dokumentacija koja se prilaže zahtjevu:

1. ovjereni poziv za pregled pred vijećem
liječničkog povjerenstva u drugom stupnju
2. original karte autobusnog prijevoza