

ZAHTEV
za dobijanje sredstava za pomoć i lečenje dece

DETE	RODITELJ, STARATELJ, ZAKONSKI ZASTUPNIK
Ime deteta:	Ime:
Prezime deteta:	Prezime :
Datum rođenja:	Br. L.K. :
JMBG:	Ulica i broj:
Dijagnoza:	Grad
Šifra dijagnoze:	Opština
Zdr. ustanova:	Mesto
	Telefon fiksni/ mobilni
	E-mail:

DOKUMENTA KOJA SE PRILAŽU

Izvod iz matične knjige rođenih	<input type="checkbox"/>	L.K. roditelja/zastupnika	<input type="checkbox"/>
Dijagnoza	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mišljenje/predlog lekara, dr.stručnog lica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Račun	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

NAVESTI RAZLOGE PRIKUPLJANJA POMOĆI

POTREBNA POMOĆ _____ RSD

NAPOMENA: Svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat sa uslovima za dobijanje sredstava neophodnih za lečenje mog deteta propisanih Pravilnikom o dobijanju humanitarne pomoći, Humanitarnog udruženja Čarapansko srce i da sam saglasan da gore navedene podatke Udruženje može da koristi za potrebe prikupljanja donacija i da se isti shodno Zakonu o zaštiti podataka o ličnosti ne mogu koristiti u druge svrhe.

Podnosilac zahteva:

U Kruševcu, ____.____.2020. godine