



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

ISTARSKA ŽUPANIJA
OPĆINA KRŠAN

Primljeno:		
Klasifikacijska oznaka	Org. jed.	
Urudžbeni broj	Pril.	Vrij.

(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 predloženom obrascu gdje je voditelj obrade Općine Kršan.

Mjesto i datum: _____

Vlastoručni potpis:

Upisuje	Općina Kršan
Izračun prijeđenih kilometara	
Odobrena naknada	