

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____

BROJ TELEFONA/MOB. _____

NAFTALAN
specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju
Omladinska 23
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):

- a) Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata
- b) Dobrovoljni vatrogasac
- c) Osoba oboljela od psorijaze

Ukratko obrazložiti zahtjev

U _____, _____

(potpis)

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: