

(Prezime i ime podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_

(Adresa podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_

(Telefon ili mobitel)

\_\_\_\_\_

(OIB)

**Grad Novigrad-Cittanova  
Upravni odjel za poslove ureda gradonačelnika,  
opće poslove i društvene djelatnosti**

## **Zahtjev za sufinanciranje troškova prijevoza na preventivni mamografski pregled**

Datum pregleda: \_\_\_\_\_

Zdravstvena ustanova u kojoj je pregled obavljen: \_\_\_\_\_

Prilozi:

1. Dokaz o prebivalištu (kopija osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu)
2. Poziv na pregled
3. Dokaz o obavljenom pregledu (nalaz\*)

\*molimo da se prilikom podnošenja zahtjeva osigura povjerljivost svih osobnih podataka i podataka o zdravstvenom stanju pacijentice, pa vas molimo da dio medicinske dokumentacije koja se odnosi na radiološki nalaz obavezno sakrite/zacrnite.

Broj tekućeg računa (IBAN) na koji će se isplatiti naknada:

H	R																							
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

(potpis podnositelja zahtjeva)