|  |
| --- |
| **ZAHTJEV ZA FINANCIRANJE MJESEČNE ČLANARINE ZA KORIŠTENJE BAZENA JU GRADSKI SPORTSKI CENTAR MAKARSKA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME:** |  |
| **ADRESA** **(ulica i kućni broj)** |  |
| **OIB:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KONTAKT BROJ TELEFONA:** |  |

**UZ OBRAZAC OBAVEZNO PRILOŽITI:**

1. KOPIJU OSOBNE ISKAZNICE (OBOSTRANO),
2. KOPIJU DOKUMENTA NA KOJEM JE VIDLJIV OIB,
3. RJEŠENJE O INVALIDITETU (HZMO).

**Javna ustanova Gradski sportski centar Makarska ima pravo zatražiti dodatnu dokumentaciju o čemu će vas tijekom postupka obrade Vašeg zahtjeva obavijestiti službenik.**Suglasan/na sam da Javna ustanova Gradski sportski centar Makarska prikuplja, obrađuje, provjerava prije navedene osobne podatke u svrhu priznavanja, informiranja i korištenja ovog prava.

Svojim potpisom dajem suglasnost da se moji osobni podaci upotrijebe u svrhu rješavanja zahtjeva.

U Makarskoj, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024. godine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vlastoručan potpis)