|  |
| --- |
| **ZAHTJEV ZA UPLATU MJESEČNE NAKNADE ČLANU KUĆANSTVA KORISNIKU PELENA ZA INKONTINENCIJU** |

**PODNOSITELJ ZAHTJEVA – OBVEZNIK PLAĆANJA ODVOZA KUĆNOG OTPADA**

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

**PODATCI O KORISNIKU PELENA ZA INKONTINENCIJU:**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME:** |  |
| **DATUM I GODINA ROĐENJA:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OIB:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UZ OBRAZAC OBAVEZNO PRILOŽITI:**

1. KOPIJU OSOBNE ISKAZNICE PODNOSITELJA ZAHTJEVA (OBOSTRANO),
2. MEDICINSKU DOKUMENTACIJU KOJA DOKAZUJE INKONTINENCIJU.

**Grad Makarska ima pravo zatražiti dodatnu dokumentaciju o čemu će vas tijekom postupka obrade Vašeg zahtjeva obavijestiti službenik.**Suglasan/na sam da Grad 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ godine.

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

 (vlastoručan potpis)