

ZAHTJEV
za medicinsku rehabilitaciju

KORISNIK:

Ime, ime roditelja, prezime	
Datum i mjesto rođenja	
OIB	
Adresa stanovanja	
Kontakt (tel./mob., e-mail)	

IZJAVA

Upoznat/-a sam s posljedicama davanja lažne izjave te pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da NISAM:

- Ostvario/-la pravo na bolničku medicinsku rehabilitaciju, po odredbama Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja statusa i prava žrtava seksualnog nasilja u Domovinskom ratu
- Ostvario/-la pravo na bolničku medicinsku rehabilitaciju po posebnim propisima ili odobrenju HZZO-a po istoj medicinskoj dokumentaciji, u razdoblju od godinu dana prije podnošenja prijedloga za medicinsku rehabilitaciju po odredbama Pravilnika
- Ostvario/-la pravo na bolničku medicinsku rehabilitaciju po odluci nadležnog tijela jedinice lokalne, odnosno područne (regionalne) samouprave, odnosno nadležnog tijela Grada Zagreba ili po drugoj osnovi, a po istoj medicinskoj dokumentaciji, u razdoblju od godinu dana prije podnošenja prijedloga za medicinsku rehabilitaciju po odredbama Pravilnika

Datum, mjesto

potpis korisnika