|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | | |
| **REPUBLIKA HRVATSKA** | | | | |
| **PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA** | | | | |
| **OPĆINA MATULJI** | | | | |
| **Jedinstveni upravni odjel** | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ZAHTJEV  ZA SUFINANCIRANJE PREVENTIVNOG PREGLEDA  ULTRAZVUK (abdomen, štitnjača, prostata) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Općina Matulji **sufinancira iznos od 100,00 kn** za troškove preventivnog pregleda UTZ korisnicima sa prebivalištem na području Općine Matulji, dok će preostali iznos od 15,00 kn do pune cijene pregleda korisnici snositi sami.  Podnositelj zahtjeva je dužan uz predočenje ovog odobrenog zahtjeva naručiti se kod **Poliklinike Simonić, Rijeka Školjić 8, tel.: 777-333**, najkasnije u roku od 5 dana od preuzimanja odobrenog zahtjeva te prilikom narudžbe naglasiti da se naručuje temeljem subvencije Općine Matulji. Podnositelj zahtjeva je dužan na pregled donijeti ovaj odobreni zahtjev, a pregled će ostvariti u roku od 10 dana od dana narudžbe. Ukoliko se osoba ne naruči na pregled u roku od 5 dana od dana odobravanja potvrde, ista prestaje važiti. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| POPUNJAVA PODNOSITELJ ZAHTJEVA: | | | | | | | | |
| **Ime i prezime** | |  | | | | | | |
| **Datum rođenja** | |  | | | | | | |
| **Adresa i telefon** | |  | | | | | | |
| **Broj osobne iskaznice** | |  | | | | | | |
| Izabirem jedan od slijedećih pregleda (zaokružiti):  a) UTZ abdomen b) UTZ prostata c) UTZ štitnjača | | | | | | | | |
| U Matuljima, |  | |  | | | |  | |
| POPUNJAVA JEDINSTVENI UPRAVNI ODJEL: | | | | | | | potpis podnositelja zahtjeva | |
| **ODOBRENO** | | | | | | **ODBIJENO** | | |
| **Datum:** | | | |  | | **Datum:** | | **MP** |
|  | | | | **MP** | | **Potpis** | |  |
|  | | | | **Razlog:** | | |
| **Potpis** | | | |  | | **1) nema prebivalište na području Općine Matulji**  **2) osobna iskaznica nije predana na uvid** | | |
|  | | | |  | |

Napomena: Izvršen je uvid osobne iskaznice podnositelja zahtjeva te je time provjerena i potvrđena istinitost podataka u Zahtjevu kao osnova za odobrenje zahtjeva.

Dodatne informacije se mogu dobiti u Jedinstvenom upravnom odjelu na broj telefona 051/401-472 ili putem elektroničke pošte: [drustvene.djelatnosti@matulji.hr](mailto:drustvene.djelatnosti@matulji.hr) .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | | |
| **REPUBLIKA HRVATSKA** | | | | |
| **PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA** | | | | |
| **OPĆINA MATULJI** | | | | |
| **Jedinstveni upravni odjel** | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ZAHTJEV  ZA SUFINANCIRANJE PREVENTIVNOG PREGLEDA  COLOR-DOPPLER | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Općina Matulji **sufinancira iznos od 150,00 kn** za troškove preventivnog pregleda (Color-Doppler) korisnicima sa prebivalištem na području Općine Matulji i starijim od 40 godina, dok će preostali iznos od 40,00 kn do pune cijene pregleda korisnici snositi sami.  Podnositelj zahtjeva je dužan uz predočenje ovog odobrenog zahtjeva naručiti se kod **Poliklinike Kantrida-Dental, Rijeka, Lošinjska 16, tel.: 634-313**, najkasnije u roku od 5 dana od preuzimanja odobrenog zahtjeva te prilikom narudžbe naglasiti da se naručuje temeljem subvencije Općine Matulji. Podnositelj zahtjeva je dužan na pregled donijeti ovaj odobreni zahtjev, a pregled će ostvariti u roku od 10 dana od dana narudžbe. Ukoliko se osoba ne naruči na pregled u roku od 5 dana od dana odobravanja potvrde, ista prestaje važiti. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| POPUNJAVA PODNOSITELJ ZAHTJEVA: | | | | | | | | |
| **Ime i prezime** | |  | | | | | | |
| **Datum rođenja** | |  | | | | | | |
| **Adresa i telefon** | |  | | | | | | |
| **Broj osobne iskaznice** | |  | | | | | | |
| Izabirem jedan od slijedećih pregleda (zaokružiti):  a) Color-Doppler karotida (vrata) b) Color-Doppler arterije ruku c) Color-Doppler arterije nogu  d) Color-Doppler vene ruku e) Color-Doppler vene nogu | | | | | | | | |
| U Matuljima, |  | |  | | | |  | |
| POPUNJAVA JEDINSTVENI UPRAVNI ODJEL: | | | | | | | potpis podnositelja zahtjeva | |
| **ODOBRENO** | | | | | | **ODBIJENO** | | |
| **Datum:** | | | |  | | **Datum:** | | **MP** |
|  | | | | **MP** | | **Potpis** | |  |
|  | | | | **Razlog:** | | |
| **Potpis** | | | |  | | **1) nema prebivalište na području Općine Matulji**  **2) osobna iskaznica nije predana na uvid** | | |
|  | | | |  | |

Napomena: Izvršen je uvid osobne iskaznice podnositelja zahtjeva te je time provjerena i potvrđena istinitost podataka u Zahtjevu kao osnova za odobrenje zahtjeva.

Dodatne informacije se mogu dobiti u Jedinstvenom upravnom odjelu na broj telefona 051/401-472 ili putem elektroničke pošte: [drustvene.djelatnosti@matulji.hr](mailto:drustvene.djelatnosti@matulji.hr) .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |