|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **REPUBLIKA HRVATSKA** |
| **PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA** |
| **OPĆINA MATULJI** |
|  **Jedinstveni upravni odjel** |
|  |
| ZAHTJEV / POTVRDAZA SUFINANCIRANJE PREVENTIVNOG SISTEMATSKOG PREGLEDA**MADEŽA – POLIKLINIKA SIMONIĆ** |
|  |
| POPUNJAVA PODNOSITELJ ZAHTJEVA: |
| **Ime i prezime** |  |
| **Datum rođenja** |  |
| **Adresa i telefon** |  |
| **Broj osobne iskaznice** |  |
| 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** |
|  |  |

Općina Matulji **sufinancira iznos od 150,00 kn** za troškove preventivnog sistematskog **pregleda MADEŽA** svim zainteresiranim korisnicima s prebivalištem na području Općine Matulji, dok će preostali iznos od **50,00 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, mob.: 099/466-1551 ili poliklinikasimonic@gmail.com** , 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.

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