

---

(ime i prezime podnositelja zahtjeva)

---

(adresa podnositelja zahtjeva)

---

(OIB podnositelja zahtjeva)

---

(broj telefona / mobitela)

---

(e-mail)

---

(IBAN podnositelja zahtjeva)

**REPUBLIKA HRVATSKA**  
**GRAD TROGIR**  
**Upravni odjel za društvene djelatnosti**  
Trg Ivana Pavla II br. 1/II, Trogir

**PREDMET: Zahtjev za sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje**

Temeljem Odluke o socijalnoj skrbi Grada Trogira (Službeni glasnik 11/24 i 4/25) podnosim Zahtjev za sufinanciranje troškova postupka medicinski pomognute oplodnje.

**PRILOZI:**

1. Potvrde o prebivalištu podnositelja zahtjeva i bračnog ili izvanbračnog druga
2. Medicinska dokumentacija o provedenom postupku medicinski pomognute oplodnje
3. Računi troškova vezani uz postupak medicinski pomognute oplodnje
4. IBAN tekućeg računa

**Napomena:**

- Traži se da se sve obavijesti i pismena dostavljaju (zaokružiti):
  1. poštom osobno/punomoćniku
  2. na e-mail adresu navedenu u ovom zahtjevu; izjavljujem/o da sam/samo upoznat sa odredbama Zakona o elektroničkoj ispravi te izričito izjavljujem/o da sam/smo suglasan da mi/nam Grad Trogir sva pismena povodom ovog zahtjeva dostavlja elektroničkim putem na e-mail adresu navedenu na ovom zahtjevu.
- Na ovaj Zahtjev ne plaća se pristojba, sukladno članku 9., st. 2., točki 15. Zakona o upravnim pristojbama (Narodne novine 115/16, 114/22).
- Podnošenjem zahtjeva, izjavljujem da dajem suglasnost da se prikupljeni osobni podaci obrađuju u svrhu rješavanja ovog zahtjeva temeljem ispunjenja pravnih obveza Grada Trogira kao voditelja obrade uz primjenu organizacijskih i tehničkih mjera zaštite u skladu sa važećim Zakonom o provedbi Opće Uredbe o zaštiti podataka.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ . godine  
(mjesto podnošenja zahtjeva) (datum podnošenja)

---

(potpis podnositelja zahtjeva)