



**REPUBLIKA HRVATSKA**  
**Splitsko-dalmatinska županija**  
**OPĆINA BOL**

Loža 15  
21420 Bol

---

(ime i prezime podnosioca zahtjeva )

---

(adresa)

---

(OIB)

broj računa -  
IBAN )

H	R																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

---

(telefon - mobitel)

**PREDMET: Zamolba za jednokratnu novčanu pomoć**

---

---

---

---

---

---

---

---

U Bolu, \_\_\_\_\_

POTPIS:

---

Popis dokumenata potrebnih za ostvarivanje prava na isplatu koje je potrebno priložiti uz zahtjev:

- medicinska dokumentacija (nalazi)