

PUNOMOĆ

Opunomoćitelj:

Ime i prezime

Osobni identifikacijski broj (OIB)

Adresa (ulica i broj, poštanski broj i mjesto, država)

Podaci za kontakt (telefon/mobitel, adresa e-pošte)

Ovime opunomoćuje:

Ime i prezime opunomoćenika

Osobni identifikacijski broj (OIB)

Adresa (ulica i broj, poštanski broj i mjesto, država)

Podaci za kontakt (telefon/mobitel, adresa e-pošte)

da u moje ime Gradu Rabu dostavi Zahtjev s pratećom dokumentacijom za ostvarivanje prava na sufinanciranje dopunskog zdravstvenog osiguranja osoba starijih od 65 godina u 2026. godini.

Mjesto i datum izdavanja punomoći:

Ime, prezime i potpis opunomoćitelja:
