



ZAHTEV

za zasnivanje korisničkog odnosa za dvoje dece

Obeležiti odgovarajuće polje:

☐ **ZAKONSKI ZASTUPNIK**

☐ **STARATELJ**

☐ **OVLAŠĆENO LICE**

PRVO DETE

Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

JMBG:

Dijagnoza:

Šifra dijagnoze:

Zdr. ustanova:

DRUGO DETE

Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

JMBG:

Dijagnoza:

Šifra dijagnoze:

Zdr. ustanova:

DODATNI KONTAKT ZA HITNE SLUČAJEVE:

Ime i prezime:

Mobilni:

MAJKA

Ime:

Prezime:

Br. L.k. / pasoša:

JMBG:

Ulica i broj:

Grad / Opština:

Mesto:

Mobilni:

Telefon fiksni:

E-mail:

OTAC

Ime:

Prezime:

Br. L.k. / pasoša:

JMBG:

Ulica i broj:

Grad / Opština:

Mesto:

Mobilni:

Telefon fiksni:

E-mail:

NAVESTI RAZLOGE PRIKUPLJANJA POMOĆI:

POTREBNA POMOĆ

RSD

NAPOMENA:

Svojim potpisima potvrđujemo da smo upoznati sa uslovima za zasnivanje korisničkog odnosa propisanih Pravilnikom o pružanju usluga korisnicima Fondacije, načinu prikupljanja i uslovima korišćenja donacija uplaćenih na račune Fondacije i da smo saglasni da gore navedene podatke Fondacija može da koristi za potrebe prikupljanja donacija.

Prvi podnosilac zahteva

Drugi podnosilac zahteva

Zahtev primio:

U Beogradu, __. __. 20__ . godine