



ПРИЈАВНИ ОБРАЗАЦ ЗА ФИНАНСИЈСКУ ПОМОЋ РОДИТЕЉИМА ДЕЦЕ ОБОЛЕЛЕ ОД РЕТКИХ БОЛЕСТИ

- ВАУЧЕР ЗА ПОБОЉШАЊЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ДЕЦЕ ОБОЛЕЛЕ ОД РЕТКИХ БОЛЕСТИ -

ЦЕНТАР ЗА ПРУЖАЊЕ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ГРАДА СОМБОРА

1.	ДАТУМ:
----	--------

2.	БРОЈ ПРИЈАВНОГ ОБРАСЦА:
----	-------------------------

ЛИЧНИ ПОДАЦИ РОДИТЕЉА/ СТАРАТЕЉА

3.	ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА
4.	ПРЕЗИМЕ
5.	ИМЕ
6.	ДАТУМ РОЂЕЊА
7.	МЕСТО РОЂЕЊА
8.	МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА
9.	УЛИЦА И БРОЈ
10.	ПОЛ 1. М 2. Ж
11.	ТЕЛЕФОН

ЛИЧНИ ПОДАЦИ ДЕТЕТА

1.	ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА		
2.	ПРЕЗИМЕ		
3.	ИМЕ		
4.	ДАТУМ РОЂЕЊА		
5.	МЕСТО РОЂЕЊА		
6.	МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА		
7.	УЛИЦА И БРОЈ		
8.	ПОЛ	1. М	2. Ж

ДОКУМЕНТАЦИЈА ПОТРЕБНА ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ВАУЧЕРА

	1. ОЧИТАНА ЛИЧНА КАРТА 2. ФОТОКОПИЈА КАРТИЦЕ ТЕКУЋЕГ РАЧУНА (ПРЕДЊАСТРАНА) ИЛИ ПОТВРДА ИЗ БАНКЕ О БРОЈУ РАЧУНА ПОДНОСИОЦА ПРИЈАВЕ 3. ПОТВРДА О УПИСУ У РЕГИСТАР РЕТКИХ БОЛЕСТИ- ИЗДАТА ОД СТРАНЕ ДОМА ЗДРАВЉА „ДР ЂОРЂЕ ЛАЗИЋ“ (Датум пријема) (Потпис подносиоца пријаве)
--	---

ИЗЈАВА

ИЗЈАВЉУЈЕМ ПОД ПУНОМ МАТЕРИЈАЛНОМ И КРИВИЧНОМ ОДГОВОРНОШЋУ ДА СУ СВИ ПОДАЦИ КОЈЕ САМ НАВЕО/ЛА У ПРИЈАВНОМ ОБРАСЦУ ТАЧНИ, ОДНОСНО ИСТИНИТИ.

Потврђује се, без упуштања у проверавање тачности изнетих навода, да су именовани грађани горе наведену изјаву својеручно потписали и у свему је за своју признали.

(Потпис подносиоца пријаве)