

Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona
Komisija za kolegijalnu pomoć
Bulevar Kralja Tvrtka I 4
72000 Zenica

ZAHTJEV ZA KOLEGIJALNU POMOĆ
POLJA OZNAČENA ZVIJEZDICOM (*) SU OBAVEZNA POLJA

Ime i prezime*

Adresa prebivališta*

JMBG*

Broj telefona i e-mail*

Broj transakcijskog računa*

Otvoren kod*

Napomena

Molim Vas da mi odobrite kolegijalnu pomoć na osnovu Člana 8. Pravilnika o dodjeli kolegijalne pomoći i to:

- ☐ Oboljenja od malignih bolesti u maksimalnom iznosu do 2.000 KM.
Zahtjev iz tačke 1. može se obnoviti nakon 3 (tri) godine od dana dodjele pomoći uz dodatnu medicinsku dokumentaciju.
- ☐ Usljed nastanka teže bolesti zbog koje je član na bolovanju bez prekida 6 i više mjeseci, u iznosu od 100 KM po mjesecu bolovanja.
- ☐ Član Komore može dobiti pomoć kada bude doveden u situaciju koja zahtjeva neophodnu materijalnu pomoć, pomoć se može isplatiti u maksimalnom iznosu do 500KM.
- ☐ Član komore prilikom odlaska u penziju ima pravo na naknadu od 500 KM.

U prilogu dostavljam dokumentaciju za navedeno.

U _____, dana _____. godine

Vlastoručni potpis _____.