

Ministarstvo hrvatskih branitelja

Zagreb, Trg Nevenke Topalušić 1

UPITNIK

Program provođenja preventivnih sistematskih pregleda hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata na području Republike Hrvatske za 2017. godinu

Osobni podaci

Ime:

Prezime:

Osobni identifikacijski broj (OIB):

Datum rođenja:

Adresa prebivališta/boravišta:

Broj kontakt telefona/mobitela:

Kategorija korisnika: (zaokružiti slovo ispred kategorije)

a) hrvatski branitelj iz Domovinskog rata bez statusa HRVI koji je u borbenom sektoru u obrani suvereniteta sudjelovao više od 1.500 dana

b) hrvatski branitelj iz Domovinskog rata bez statusa HRVI koji je u borbenom sektoru u obrani suvereniteta sudjelovao manje od 1.500 dana (navesti broj dana) _____

c) hrvatski branitelj koji se nalazi u teškoj novčano-materijalnoj i/ili zdravstvenoj situaciji

Zainteresiran(a) sam za obavljanje preventivnog sistematskog pregleda:

a) da

b) ne , (navesti razlog) _____

Potpis

Popunjeni upitnik potrebno je dostaviti u nadležnu područnu jedinicu Ministarstva / PSP centar, prema mjestu prebivališta (adrese navedene na poledini dopisa) do 30. travnja 2017. godine