|  |
| --- |
|  ***Obrazac zahtjeva*** ***Z-1/2025*** |

**GRAD VUKOVAR**

**Upravni odjel za gospodarstvo**

**Tel: 032/456-513**

|  |
| --- |
|  *(popunjava pisarnica Grada Vukovara)* |

**ZAHTJEV**

**ZA SUFINANCIRANJE DEŽURNOG RADA LJEKARNI NA PODRUČJU GRADA VUKOVARA**

|  |
| --- |
| **Obrazac mora biti potpuno i čitko ispunjen, vlastoručno potpisan i ovjeren od strane podnositelja Zahtjeva** |
| NAZIV PODNOSITELJA ZAHTJEVA |  |
| ADRESA SJEDIŠTAPODNOSITELJA ZAHTJEVA(ulica i kućni broj, broj pošte, naselje) |  |
| OIB |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRAVNI OBLIK REGISTRACIJE |  |
| IME I PREZIME OSOBE OVLAŠTENE ZA ZASTUPANJE |  |
| BROJ TEL/MOB |  |
| E-MAIL |  |
| POSLOVNA BANKA |  |
| IBAN | H | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OSNOVNA DJELATNOST (PREMA NKD 2007) |  |
| ADRESA POSLOVNE JEDINICE |  |
| UKUPAN POTRAŽIVANI IZNOS SUFINANCIRNJA |  |

 Mjesto i datum: M.P. Ime i prezime te potpis vlasnika/osobe ovlaštene za zastupanje

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Sukladno Zakonu o pravu na pristup informacijama („Narodne novine“ br. 25/13, 85/15 i 69/22), Grad Vukovar kao tijelo javne vlasti, obavezno je, radi upoznavanja javnosti, omogućiti pristup informacijama o svom radu pravodobnom objavom na internetskim stranicama ili u javnom glasilu. U cilju zakonom utvrđene svrhe i interesu javnosti, Grad Vukovar objavljuje sve donesene akte na službenoj internetskoj stranici i u službenom glasilu Grada Vukovara. Slijedom navedenog, smatrat će se da je poduzetnik, podnošenjem Zahtjeva za potporu, koji sadrži njegove osobne podatke, na ovaj Javni poziv, uz tražene priloge, dao privolu za njihovo prikupljanje, obradu,provjeru i korištenje istih javnom objavom na internetskim stranicama i u službenom glasilu Grada Vukovara, a u svrhu radi koje su prikupljeni.*

*PRIVOLA ISPITANIKA*

*Svojim potpisom pristajem da Grad Vukovar, Vukovar, Dr. Franje Tuđmana 1, kao voditelj obrade, prikuplja i obrađuje moje osobne podatke te da se koriste u svrhu postupanja po gore navedenom zahtjevu, a čuvat će se sukladno propisima.*

*Izjavljujem da su svi podaci navedeni u obrascu točni i istiniti te da sam od strane voditelja obrade upoznat sa svrhom, osnovom i vrstom obrade mojih osobnih podataka.*

*Svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat s pravom da mogu u svakom trenutku zatražiti pristup svojim osobnim podatcima te ispravak, brisanje ili ograničavanje obrade mojih osobnih podataka kao i pravo na podnošenje prigovora na obradu mojih osobnih podataka. Ova privola dana je dobrovoljno te sam upoznat da je u svakom trenutku mogu povući te tražiti prestanak daljnje obrade, ali ono ne utječe na zakonitost obrade prije povlačenja.*

*Kontakt za ostvarivanje prava ispitanika: 032 456 526.*

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

**OVOM ZAHTJEVU PRILAŽEM: (zaokružiti)**

* Dokaz o pravnome statusu podnositelja zahtjeva s registriranom djelatnošću (preslika rješenja ili izvatka iz sudskoga registra);
* Tablica 1 - Proračun/troškovnik za aktivnosti, odnosno troškova za koje se traži sufinanciranje;
* Potvrda nadležne Porezne uprave o nepostojanju duga prema državi, ne starija od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva;
* Potvrda o nepostojanju duga prema Gradu Vukovaru, ne starija od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva;
* BON 2 ili SOL 2 izdan od poslovne banke ne stariji od 30 dana
* Preslika poslovnog računa s pripadajućim IBAN brojem;
* Rješenje za rad izdano od strane Ministarstva zdravstva
* Izjava 1 - Izjava korisnika o obavljanju djelatnosti u radnom vremenu od 0 do 24 sata te rad nedjeljom i blagdanima
* Izjava 2 - Izjava o nepostojanju dvostrukog financiranja

Povjerenstvo može zatražiti i drugu dodatnu dokumentaciju prije donošenja prijedloga o dodijeli potpore.