

IME I PREZIME UČENIKA/STUDENTA

PRIJAVA

NA NATJEČAJ ZA DODJELU STIPENDIJA ZA 2017./2018. GODINU
ZA UČENIKE SREDNJIH ŠKOLA I STUDENTE OBOLJELE OD HEMOFILIJE, VON WILLEBRANDOVE BOLESTI
ILI DRUGOG OBLIKA POREMEĆAJA ZGRUŠAVANJA KRVI,
A KOJI SU ČLANOVI DRUŠTVA HEMOFILIČARA HRVATSKE

OSOBNİ PODACI

1. Dan, mjesec i godina rođenja

2. Mjesto rođenja

3. Puna adresa prebivališta:

- ulica i kućni broj

- poštanski broj i mjesto

4. Kontakt broj mobitela/telefona

5. OIB

6. Naziv škole/fakulteta, smjer i razred/godina.....

.....

7. Ime i prezime liječnika hematologa u Centru za hemofiliju KBC-a Zagreb kod kojega se
kandidat liječi

**Svojim potpisom jamčim da su svi dostavljeni podaci točni te istodobno dajem dopuštenje da Povjerenstvo za dodjelu stipendija može koristiti dostavljene podatke (uključujući i one o zdravstvenom statusu) u svrhu bodovanje pristiglih prijava i odabira kandidata za stipendiranje.*

.....
(*vlastoručni potpis kandidata ili roditelja/skrbnika za maloljetne osobe)

Napomena: Uz Prijavu je potrebno priložiti sve dokumente propisane Natječajem, a koji se na kandidata odnose, te dostaviti ih u propisanom roku. Nepotpune i nepravodobne prijave neće biti razmatrane.