**Provoditelj projekta/programa**

**Naziv korisnika:**

**Adresa:**

**OIB:**

**Rijeka, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine**

**PRIMORSKO GORANSKA ŽUPANIJA**

**UO za zdravstvo**

**Riva 10/3**

**51000 Rijeka**

**Zahtjev za isplatu sredstava:**

* za provedbu programa/projekta (naziv):

|  |
| --- |
|  |

UGOVOR BR:

KLASA:

URBROJ:

U iznosu od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eura

Na žiro račun br: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otvoren kod:

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

Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje:

 MP

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

 Potpis: