



UHBL PTSP SMŽ

Ulica kralja Tomislava 5
44000 Sisak
Tel: +385 99 371 9656
uhblptpsmz@gmail.com

**PRUŽANJE USLUGE POTPORE I PODRŠKE
U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU STARIJIM OSOBAMA
I OSOBAMA S INVALIDITETOM NA BANOVINI**

Kodni broj: SF.3.4.11.01.0323

WWW.ZAZELI-UHBLPTSPSMZ.COM

Ja _____,
Ime i prezime

s prebivalištem na adresi _____
ulica i kućni broj, mjesto

OIB: _____, dajem

PUNOMOĆ

UDRUZI HRVATSKIH BRANITELJA LIJEČENIH OD POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA SISAČKO-MOSLAVAČKE ŽUPANIJE, Ulica kralja Tomislava 5, 44000 Sisak, OIB: 67719599625 da ishoduje za mene potvrdu Porezne uprave o visini dohodaka i primitaka u periodu od ožujka 2024.g. do ožujka 2027.g. kao bi mogao/la sudjelovati kao korisnik u projektu:

„Pružanje usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom na Banovini“, Kodni broj: SF.3.4.11.01.0323.

U _____, _____ 2024.g.

Vlastoručni potpis