

ZAHTEJEV ZA KORIŠTENJE SMJEŠTAJNOG OBJEKTA – VALBANDON

PODNOŠITELJ ZAHTEJEVA _____, OIB _____, Ime i prezime _____

USTROJSTVENA JEDINICA _____, MUP SJEDIŠTE / PU _____, SLUŽBA _____, broj: _____, telefon/ mobitel _____, fax _____

TERMINI KORIŠTENJA
(zaokružiti željeni termin)

02.07. – 09.07.2020.
10.07. – 17.07.2020.
18.07. – 25.07.2020.
26.07. – 02.08.2020.
03.08. – 10.08.2020.
11.08. – 18.08.2020.
19.08. – 26.08.2020.
27.08. – 03.09.2020.
04.09. – 11.09.2020.

ALTERNATIVNI TERMIN: _____
ALTERNATIVNA LOKACIJA : _____

PODNOŠITELJ ZAHTEJEVA _____

datum i potpis _____

KORISTILAO SMJEŠTAJNE KAPACITETE:

2018. DA; NE
2019. DA; NE

(obavezno zaokružiti)

ZA USTROJSTVENU JEDINICU

VRSTA USLUGE: a) PANSION B) POLUPANSION

(zaokružiti željenu uslugu)

M. P. _____ potpis _____

	KORISNICI SMJEŠTAJA navesti sve osobe koje koriste usluge	SRODSTVO S PODNOŠITELJEM	DATUM ROĐENJA	OSTALO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

ISPUNJAVA : MUP – Služba za uslužne poslove	
DODIJELJENI SMJEŠTAJNI KAPACITET	OBRAČUN TROŠKOVA (ukupno / akontacija)
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:
ISPRAVAK	ISPRAVAK
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:

NAPOMENA: podnosiatelj zhtjeva OBVEZAN je popuniti sve tražene podatke

ZAHTEJEV ZA KORIŠTENJE SMJEŠTAJNOG OBJEKTA – RONILAČKI CENTAR

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA _____

Ime i prezime

OIB _____

USTROJSTVENA JEDINICA _____

MUP SJEDIŠTE / PU _____

SLUŽBA _____

broj: _____

telefon/ mobitel _____ fax _____

TERMINI KORIŠTENJA
(zaokružiti željeni termin)02.07. – 09.07.2020.
10.07. – 17.07.2020.
18.07. – 25.07.2020.
26.07. – 02.08.2020.
03.08. – 10.08.2020.
11.08. – 18.08.2020.
19.08. – 26.08.2020.ALTERNATIVNI TERMIN: _____
ALTERNATIVNA LOKACIJA : _____

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA _____

datum i potpis _____

KORISTILAO SMJEŠTAJNE KAPACITETE:

2018. DA; NE
2019. DA; NE
(obavezno zaokružiti)

ZA USTROJSTVENU JEDINICU _____

VRSTA USLUGE: dnevni najam

M. P. _____

potpis _____

	KORISNICI SMJEŠTAJA navesti sve osobe koje koriste usluge	SRODSTVO S PODNOŠITELJEM	DATUM ROĐENJA	OSTALO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

ISPUNJAVA : MUP – Služba za uslužne poslove	
DODIJELJENI SMJEŠTAJNI KAPACITET	OBRAČUN TROŠKOVA (ukupno / akontacija)
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:
ISPRAVAK	ISPRAVAK
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:

ZAHTEV ZA KORIŠTENJE SMJEŠTAJNOG OBJEKTA RATNI VOJNI INVALIDI

(zahjev se podnosi putem Službe za potporu ljudskim potencijalima u MUP-u SJEDIŠTE / PU)

PODNOŠITELJ ZAHTEVA _____, OIB _____, ime i prezime _____

ADRESA STANOVANJA _____, telefon _____, fax _____

LOKACIJA _____, ALTERNATIVNA LOKACIJA : _____

TERMINI (zaokružiti željeni termin) _____
ALTERNATIVNI TERMIN: _____

KORISTILA/O SMJEŠTAJNE KAPACITETE
2018. DA; NE
2019. DA; NE
(obavezno zaokružiti)

VRSTA USLUGE: VALBANDON
A) pansion
B) polupansion (zaokružiti željenu uslugu)

RONILAČKI CENTAR: dnevni najam

STATUS: DJELATNI RVI
UMIROVLJENI RVI
(zaokružiti status)

NAZIV USTROJSTVENE JEDINICE: _____
podaci o djelatnom

RVI

KORISNICI SMJEŠTAJA navesti sve osobe koje koriste usluge	SRODSTVO S PODNOŠITELJEM	DATUM ROĐENJA	OSTALO
1			
2			
3			
4			
5			
6			

NAPOMENA: podnositelj zahjeva OBAVEZAN je popuniti sve tražene podatke

ISPUNJAVA : MUP – Služba za uslužne poslove	
DODJELJENI SMJEŠTAJNI KAPACITET	OBRACUN TROŠKOVA (ukupno / akontacija)
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:
ISPRAVAK	ISPRAVAK

PODNOŠITELJ ZAHTEVA

_____ potpis

ZAHTEV OVJERAVA
Odgovorna osoba
MUP / PU

M. P.

_____ ime i prezime

**ZAHTEV ZA KORIŠTENJE SMJEŠTAJNOG OBJEKTA
 OBITELJI POGINULIH, NESTALIH I ZATOČENIH BRANITELJA
 (zahjev se podnosi putem Službe za potporu ljudskim potencijalima u MUP-u SJEDIŠTE / PU)**

MUP / PU _____

PODNOŠITELJ ZAHTEVA _____, OIB _____

Ime i prezime _____

ADRESA STANOVANJA _____, telefon _____, fax _____

LOKACIJA _____, ALTERNATIVNA LOKACIJA : _____

TERMINI (zaokružiti željeni termin) _____

ALTERNATIVNI TERMIN: _____

KORISTILA/O SMJEŠTAJNE KAPACITETE
 2018. DA; NE
 2019. DA; NE
 (obavezno zaokružiti)

- 02.07. – 09.07.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 10.07. – 17.07.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 18.07. – 25.07.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 26.07. – 02.08.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 03.08. – 10.08.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 11.08. – 18.08.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 19.08. – 26.08.2020. Vaibandon, M. Lošinj
- 27.08. – 03.09.2020. Vaibandon,
- 04.09. – 11.09.2020. Vaibandon,

VRSTA USLUGE: VALBANDON A) pansion B) polupansion (zaokružiti željenu uslugu)

RONILAČKI CENTAR: dnevni najam

STATUS: (zaokružiti status)

OBITELJ POGINULOG BRANITELJA
 OBITELJ NESTALOG BRANITELJA
 OBITELJ ZATOČENOG BRANITELJA

KORISNICI SMJEŠTAJA	SRODSTVO S	DATUM	RODENJA	OSTALO
navesti sve osobe koje koriste usluge	PODNOŠITELJEM			
1				
2				
3				
4				
5				
6				

NAPOMENA: podnosiatelj zahjewa OBAVEZAN je popuniti sve tražene podatke

PODNOŠITELJ ZAHTEVA _____

potpis _____

ZAHTEV OVJERAVA
 Odgovorna osoba
 MUP / PU

M. P. _____

Ime i prezime _____

ISPUNJAVA : MUP – Služba za uslužne poslove	
DODJELJENI SMJEŠTAJNI KAPACITET	OBRAČUN TROŠKOVA (ukupno / akontacija)
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:
ISPRAVAK	ISPRAVAK
Datum: Potpis:	Datum: Potpis:

ZAHTEV ZA KORIŠTENJE SMJEŠTAJNOG OBJEKTA

SUPRUŽNICI I DJECA SMRTNO STRADALIH I PREMINULIH ZAPOSLENIKA MUP-a
 (zahjev se podnosi putem Službe za potporu ljudskim potencijalima u MUP-u SJEDIŠTE / PU)

MUP / PU

PODNOŠITELJ ZAHTEVA _____, OIB _____, Ime i prezime _____

ADRESA STANOVANJA _____, telefon _____, fax _____

LOKACIJA _____, ALTERNATIVNA LOKACIJA: _____

TERMINI (zaokružiti željeni termin): _____
 ALTERNATIVNI TERMIN: _____

KORISTILA/O SMJEŠTAJNE KAPACITETE
 2018. DA; NE
 2019. DA; NE
 (obavezno zaokružiti!)

02.07. – 09.07.2020. Valbandon, M. Lošinj
 10.07. – 17.07.2020. Valbandon, M. Lošinj
 18.07. – 25.07.2020. Valbandon, M. Lošinj
 26.07. – 02.08.2020. Valbandon, M. Lošinj
 03.08. – 10.08.2020. Valbandon, M. Lošinj
 11.08. – 18.08.2020. Valbandon, M. Lošinj
 19.08. – 26.08.2020. Valbandon, M. Lošinj
 27.08. – 03.09.2020. Valbandon,
 04.09. – 11.09.2020. Valbandon,

VRSTA USLUGE: VALBANDON A) pansion B) polupansion (zaokružiti željenu uslugu)

RONILAČKI CENTAR: dnevni najam

KORISNICI SMJEŠTAJA	SRODSTVO S	DATUM	ROBENJA	OSTALO
navesti sve osobe koje koristite usluge	PODNOŠITELJEM			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

NAPOMENA: podnosiatelj zahjeva OBAVEZAN je popuniti sve tražene podatke

ISPUNJAVA : MUP – Služba za uslužne poslove

DODIJELJENI SMJEŠTAJNI
 OBRACUN TROŠKOVA
 (ukupno / akontacija)

Datum: _____
 Potpis: _____

Datum: _____
 Potpis: _____

Datum: _____
 Potpis: _____

PODNOŠITELJ ZAHTEVA

potpis

ZAHTEV OVJERAVA

Odgovorna osoba
 MUP / PU

M. P.

Ime i prezime

UNIVERZALNI NALOG ZA PLAĆANJE

IBAN III broj računa primatelja: HR12100010051827000160		PRIMATELJ (naziv/ime i adresa): DRŽAVNI PRORAČUN RH	
IBAN III broj računa platioja: _____		Model: _____	
Poziv na broj platioja: _____		Model: _____	
Poziv na broj primatelja: _____		Model: HR65	
Opis plaćanja: LIGOSTIJEVSKE USLUGE		Šifra namjene: _____	
Datum izvršenja: _____		Datum izvršenja: _____	
Pečat korisnika PU		Primatelj (osoba): _____	
Pečat korisnika PU		Priznata Pravna _____	
Popis korisnika PU		BIC VIII naziv banke primatelja: _____	
Valuta pokrivena: _____		Troškovi opcija: _____	
Valuta pokrivena: _____		BEN <input type="checkbox"/> SHA <input type="checkbox"/> OUF <input type="checkbox"/>	

Poziv na broj bit će ispisan na POTVRDI REZERVACIJE za svakog pojedinačnog korisnika – podnosiocima zahtjeva, kojem je odobreno korištenje smještajnih kapaciteta u Ronilačkom centru.

Obi: HUB 3 - 1+1 Gradska ulaznica Osijek d.d., J.J. Strossmayera 337, Osijek, Hrvatska

