

Obrazac br. 1 - Podaci o podnositelju prijave na II. Javni poziv za financiranje javnih potreba u zdravstvenoj zaštiti Općine Lovran za 2024. godinu

1. Podnositelj prijave (puni naziv)
2. Sjedište i adresa (ulica, broj, poštanski broj)
3. Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe
4. Kontakt osoba (ime, prezime, funkcija, telefon, e-pošta)
5. Mrežna stranica
8. OIB
9. IBAN
Napomena
DATUM, _____ 2024.

MP

Ime i prezime osobe ovlaštene za
zastupanje: