**Obrazac br. 1** - Podaci o podnositelju prijave na Javni poziv za financiranje javnih potreba u zdravstvenoj zaštiti Općine Lovran za 2025. godinu – preventivni zdravstveni pregledi

|  |
| --- |
| 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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.** |

|  |  |
| --- | --- |
| MP | Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje: |