

IME I PREZIME UČENIKA/STUDENTA .....

## PRIJAVA

NA NATJEČAJ ZA DODJELU STIPENDIJA ZA 2020./2021. GODINU  
ZA UČENIKE SREDNJIH ŠKOLA I STUDENTE OBOLJELE OD HEMOFILIJE, VON WILLEBRANDOVE BOLESTI  
ILI DRUGOG OBLIKA POREMEĆAJA ZGRUŠAVANJA KRVI,  
A KOJI SU ČLANOVI DRUŠTVA HEMOFILIČARA HRVATSKE

### OSOBNİ PODACI

1. Dan, mjesec i godina rođenja .....

2. Mjesto rođenja .....

3. Puna adresa prebivališta:

- ulica i kućni broj .....

- poštanski broj i mjesto .....

4. Kontakt broj mobitela/telefona .....

5. OIB .....

6. Naziv škole/fakulteta, smjer i razred/godina.....

.....

7. Ime i prezime liječnika hematologa u Centru za hemofiliju KBC-a Zagreb kod kojega se

kandidat liječi .....

***\*Svojim potpisom jamčim da su svi dostavljeni podaci i dokumenti originalni i točni. Istodobno dajem dopuštenje da Povjerenstvo za dodjelu stipendija može koristiti dostavljene podatke (uključujući i one o zdravstvenom statusu) u svrhu bodovanje pristiglih prijava, odabira kandidata za stipendiranje, objave rezultata i komunikacije sa mnom.***

.....  
(\*vlastoručni potpis kandidata ili roditelja/skrbnika za maloljetne osobe)

**Napomena:** Zbog pandemije koronavirusa dokumentacija se dostavlja isključivo elektroničkom poštom na adresu [stipendije@dhh.hr](mailto:stipendije@dhh.hr) Dokumenti moraju biti kvalitetno skenirani te dostavljeni u propisanom roku. **Nepotpune i nepravodobne prijave neće biti razmatrane.**