

Krapinsko-zagorska županija
 Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb, udruge i mlade

**ZAHTJEV ZA ISPLATU SREDSTAVA
 IZ PRORAČUNA KRAPINSKO-ZAGORSKE ŽUPANIJE**

Datum	Identifikacijski broj zahtjeva	Datum ispravka zahtjeva

OPĆI PODACI

Naziv programa	
Temelj za isplatu-KLASA, URBROJ i datum sklapanja ugovora	
Naziv Korisnika	
OIB (Osobni identifikacijski broj)	

RAZDOBLJE ZA KOJI SE TRAŽI ISPLATA SREDSTAVA ZA RAZDOBLJE

Od	
Do	

POTRAŽIVANA SREDSTVA

Potraživani iznos

(kn)

 Funkcija potpisnika
 (osobe ovlaštene za zastupanje)

 Ime i prezime

 Potpis