|  |  |
| --- | --- |
| *Naziv udruge / korisnika sredstava* |  |
| *OIB* |  |
| *Adresa* |  |
| *IBAN i naziv poslovne banke* |  |
| *Kontakt podaci (tel, e-mail)* |  |

 *GRAD BAKAR*

 *UPRAVNI ODJEL ZA LOKALNU SAMOUPRAVU*

 *I DRUŠTVENE DJELATNOSTI*

 *PRIMORJE 39*

 *51222 BAKAR*

***ZAHTJEV ZA ISPLATU SREDSTAVA***

*Molimo da nam, sukladno Ugovoru o financiranju programa*

*KLASA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*URBROJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ZA PROGRAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*doznačite sredstva u iznosu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€.*

*U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*MP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Potpis osobe*

 *ovlaštene za zastupanje*