

Naziv zdravstvene ustanove _____

Mjesto i datum pregleda _____

LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA

1. Prezime (očevo ime) ime _____

2. Adresa stanovanja, ulica i kućni broj

3. Godina rođenja _____

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Koristim RTV-prijamnik broj: _____

pod pretplatničkim brojem: _____

5. Nalaz _____

upisati vrstu bolesti (riječima) i postotak invalidnosti

Svjedodžba se izdaje u svrhu **OSLOBAĐANJA** u cijelosti od plaćanja mjesečne pristojbe.

Sukladno Odluci Nadzornog odbora HRT-a, pravo na **OSLOBAĐANJE** u cijelosti od plaćanja pristojbe ostvaruju vlasnici-korisnici RTV-prijamnika, koji su članovi **UDRUŽENJA** osoba s invaliditetom:

- 100% slijepe, punoljetne - članovi Saveza slijepih;
- invalidi I i II grupe (100% invaliditeta) koji primaju invalidske prinadležnosti, kao ratni ili mirnodopski vojni invalidi i invalidi policije;
- bolesnici, punoljetne osobe, koje se liječe dijalizom, članovi Saveza dijaliziranih, transplatiranih i kroničnih bubrežnih bolesnika;

(POD REDNIM BROJEM 5. LIJEČNIK JE OBAVEZAN RIJEČIMA UPI SATI DIJAGNOZU BOLESTI)

Članstvo u Udruženju - Savezu potvrđuje _____

(potpis - žig)

Potpis liječnika specijaliste _____

(potpis - žig)