\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv zdravstvene ustanove)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( OIB )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( adresa )

**I Z J A V A**

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću, u dobroj vjeri i prema vlastitom saznanju, izjavljujemo da su Izjave o izboru/promjeni izabranog doktora, a koje smo priložili u prilogu ponudbene dokumentacije podnesene na Natječaj za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za potrebe popune Mreže javne zdravstvene službe, objavljen dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje vlastoručno potpisale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis nositelja tima)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis osobe ovlaštene za zastupanje)

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_.