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

 *(ime i prezime/podnositelja zahtjeva)*

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *(adresa stanovanja)*

Okučani, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(datum)*

Kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPĆINA OKUČANI**

**Trg dr. Franje Tuđmana 1**

**35430 Okučani**

**PREDMET: Sufinanciranje troškova kastracije/sterilizacije psa/mačke**

 - zahtjev

Sukladno Odluci o sufinanciranju sterilizacije i kastracije pasa i mačaka na području Općine Okučani ( Službeni vjesnik Brodsko-posavske županije 33/21) molim da mi se prizna pravo na sufinanciranje troškova:

**a)** **kastracije**

**b) sterilizacije**

 za mojeg psa/ mačku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_. godine

 (ime psa/mačke) (datum kastracije/sterilizacije)

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

 (*potpis* )

**Prilog:**

1. Dokazi o prebivalištu podnositelja zahtjeva (preslike važećih osobnih iskaznica ili uvjerenja o prebivalištu),
2. Dokaz da je pas čipiran
3. Dokazi o troškovima kastracije/sterilizacije psa/mačke (račun),
4. Preslika kartice računa na koji će se vršiti isplata s vidljivim IBAN-om,
5. Potvrdu Jedinstvenog upravnog odjela o nepostojanju duga prema Općini Okučani.