**I Z J A V A**

kojom ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ime i prezime)

pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da sam član

HRVATSKE VETERINARSKE KOMORE- ODJEL VETERINARA MALE PRAKSE

HRVATSKE, identifikacijski broj članske iskaznice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Za djelatnike koji ugovaraju paket osiguranja za povezane osobe/članove svoje obitelji:*

Izjavljujem da je ugovaratelj osiguranja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB:

 (ime i prezime)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, član moje obitelji/zaposlenik moje tvrtke .

**Ova izjava potpisuje se u svrhu ostvarivanja posebnih pogodnosti pri ugovaranju paketa osiguranja u CROATIA osiguranju d.d. za sve članove HRVATSKE VETERINARSKE KOMORE**-**ODJELA VETERINARA MALE PRAKSE HRVATSKE, povezane osobe i članove njihovih obitelji.**

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_g.

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

 vlastoručni potpis

U privitku:

* preslika osobne iskaznice