|  |  |
| --- | --- |
| **SAVJETOVANJE SA ZAINTERESIRANOM JAVNOŠĆU**  **NACRT ODLUKE O IZMJENI I DOPUNI ODLUKE O SUFINANCIRANJU**  **TROŠKOVA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE** | |
| **Razdoblje Savjetovanja sa zainteresiranom javnošću** | **Od 16.10.2025. do 15.11.2025.** |
| Naziv sudionika Savjetovanja koji daje svoje primjedbe, komentare i prijedloge  *Ime i prezime (za fizičke osobe)*  *Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje, funkcija ovlaštene osobe (pravne osobe*) |  |
| Kontakt sudionika Savjetovanja (adresa, e-mail, tel.) |  |
| primjedbe, komentari i prijedlozi vezani uz predloženi nacrt | |
|  | |
| Jeste li suglasni da vaši podaci kao podnositelja prijedloga budu objavljeni javno u izvješću (odgovorite sa da ili ne) |  |
| Datum dostavljanja obrasca |  |

Popunjeni obrazac dostaviti na adresu elektroničke pošte: [sufinanciranje.pomognutaoplodnja@pula.hr](mailto:sufinanciranje.pomognutaoplodnja@pula.hr)

**zaključno s 15.11. 2025. godine**