

Naziv zdravstvene ustanove _____

Mjesto i datum pregleda _____

LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA

1. Prezime (očevo ime) ime _____

2. Adresa stovanja, 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 ostvarenja prava na **POVLAŠTENO** plaćanje RTV pristojbe.

Uprava Hrvatske radiotelevizije je donijela Odluku da **POVLAŠTENO** plaćanje pristojbe imaju slijedeći vlasnici-korisnici RTV-prijamnika, koji su članovi **UDRUŽENJA INVALIDA**:

- punoljetne osobe oboljele od mišićne distrofije ili srodnih neuromišićnih oboljenja;
- punoljetne osobe koje su preboljele cerebralnu ili dječju paralizu s oštećenjem organa za kretanje preko 80%;
- punoljetne osobe s dijagnozom oboljenja: paraplegija, tetraplegija, sc.multiplex, amputacija donjih ekstremiteta s oštećenjem organa za kretanje preko 80%;
- punoljetne osobe sa 100% oštećenjem sluha;

(LIJEČNIK OBAVEZNO UPISUJE DIJAGNOZU U RUBRIKU 5. - RIJEČIMA)

Članstvo u Udruženju - Savezu potvrđuje

Potpis liječnika specijaliste

(potpis - žig)

(potpis - žig)