_____

IME I PREZIME

_____

ADRESA STANOVANJA

KARLOVAČKA ŽUPANIJA
UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE
BRANITELJE I ZDRAVSTVO
A. Vranyczanya 2
47 000 Karlovac

Z A H T J E V

Molim gore navedeni naslov da mi izda **Potvrdu o životu** za daljnje ostvarivanje prava na inozemnu mirovinu.

U Karlovcu, _____ godine

_____

PODNOSITELJ ZAHTJEVA