Izjava 1 **(popunjavaju svi podnositelji zahtjeva)**

**IZJAVA**

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

rođen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datum i mjesto rođenja) (adresa prebivališta)

pod materijalnom i kaznenom odgovornošću:

* potvrđujem da su podaci navedeni u zahtjevu i prilozima istiniti i točni,
* potvrđujem da se postupak za koji se traži financiranje od strane Županije ne financira sredstvima HZZO,
* potvrđujem da se troškovi za koje se traži financiranje od strane Županije ne financiraju iz drugih javnih izvora (npr. općina/grad),
* izjavljujem kako ću u slučaju neistinitih ili krivotvorenih podataka, odnosno u slučaju zlouporabe ostvarivanja prava na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje snositi materijalnu i kaznenu odgovornost te se obvezujem vratiti dodijeljena financijska sredstva uvećana za zakonsku zateznu kamatu u proračun Koprivničko-križevačke županije.

Ova izjava daje se u svrhu ostvarivanja prava na sufinanciranje troškova medicinski pomognute oplodnje.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_2023.

POTPIS:

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