**REPUBLIKA HRVATSKA**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**

**FILOZOFSKI FAKULTET**

**Ivana Lučića 3**

**10000 Zagreb**

**FINANCIJSKO-RAČUNOVODSTVENA
SLUŽBA FAKULTETA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime studenta****OIB****Kontakt (mob/e-mail)**     /      |  |

**MOLBA ZA POVRAT TROŠKOVA
TESTIRANJA NA COVID-19**

Molim da mi se izvrši povrat troškova testiranja na COVID-19 prema priloženom računu.

Želim da se povrat izvrši na:

|  |  |
| --- | --- |
| IME: |       |
| PREZIME |       |
| ADRESA PREBIVALIŠTA |       |
| OIB |       |
| NAZIV BANKE |       |
| IBAN  |       |

*Prilog:* 1. račun R-1

*Ime i prezime te potpis
podnositelja zahtjeva*

U Zagrebu,       .