|  |
| --- |
| Ime i prezime donatora / Naziv tvrtke donatora |

|  |
| --- |
| OIB |

|  |
| --- |
| Adresa |

|  |
| --- |
| Kontakt telefon i e-mail |

## P I S M O N A M J E R E

 Poštovani,

obzirom na značaj Kliničkog bolničkog centra Osijek, kao i na broj pacijenata koji gravitiraju Vašoj Ustanovi, osjećamo odgovornost i potrebu pomoći KBC-u Osijek u svrhu poboljšanja kvalitete medicinske skrbi na području Slavonije i Baranje.

 (pravna/fizička osoba) želi Kliničkom bolničkom centru Osijek donirati:

**a)** *(proizvod/uslugu/radove) ukupne financijske vrijednosti u iznosu* *od* € *s PDV-om*,

ili

**b)** *novčani iznos od* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €.

u svrhu poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi osiguranika na području Istočne Hrvatske.

*Donacija je namijenjena Klinici/Zavodu/Odjelu*

S poštovanjem,

|  |
| --- |
| **Potpis donatora** |

U Osijeku, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine