|  |  |
| --- | --- |
| OBRAZAC  SUDJELOVANJA U SAVJETOVANJU O NACRTU AKTA | |
| Naziv nacrta akta | **ODLUKA O SUFINANCIRANJU TROŠKOVA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE** |
| Razdoblje savjetovanja (početak i završetak) | **27. listopada do 27. studenog 2023. godine** |
| Ime/naziv i adresa sudionika savjetovanja (pojedinac, udruga, ustanova i sl.) |  |
| Primjedbe, komentari i prijedlozi na članak nacrta akta |  |
| Ime i prezime osobe/a koja je sastavljala primjedbe i komentare ili osobe ovlaštene za zastupanje udruge, ustanove i sl. |  |
| Kontakti | Adresa:  E-mail:  Telefon: |
| Datum dostavljanja obrasca |  |
| Potpis (i pečat, ako se radi o udruzi, ustanovi…) podnositelja |  |

**Popunjeni obrazac dostaviti na adresu: Općina Omišalj, Prikešte 13, 51513 Omišalj, ili na adresu elektronske pošte:** [**sonja.cubranic@omisalj.hr**](mailto:sonja.cubranic@omisalj.hr)

**do 27. studenog 2023. godine**