***obrazac broj 7***

 **VARAŽDINSKA ŽUPANIJA**

podnositelj zahtjeva Upravni odjel za zdravstvo,

 socijalnu skrb, civilno društvo i

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hrvatske branitelje

osobni identifikacijski broj udruge (OIB)

mjesto i datum

**PRIJAVA PRESTANKA DJELOVANJA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. registarski broj udruge |  |
| 2. naziv |  |
| 3. sjedište |  |
| 4. osoba ovlaštena za zastupanje |  |
| 5. datum prestanka djelovanja |  |
| 6. način prestanka djelovanja:a) odlukom statutom ovlaštenog tijela  udrugeb) odlukom suda*(zaokružiti)* |  |

Prilozi:

1. odluka o prestanku djelovanja udruge,

2. zapisnik o radu nadležnog tijela koje je donijelo odluku,

3. pravomoćna sudska odluka (u slučaju prestanka djelovanja sudskom odlukom)

 \_\_\_

 MP potpis ovlaštene osobe