

PODACI O VODITELJU AKTIVNOSTI (odgovornoj osobi za koordinaciju s nadležnom KZP)

Ime:		Prezime:		Br. mobilnog telefona:	
------	--	----------	--	------------------------	--

OSTALE INFORMACIJE AKO JE POTREBNO

--

POTPIS, MJESTO I DATUM

Potpis:		Mjesto:		Datum (dd.mm.yyyy.):	
---------	--	---------	--	----------------------	--

Ispunjeni zahtjev poslati elektroničkom poštom: civaa@crocontrol.hr

--