

Obrazac 11.
OBRAZAC ZA GLASOVANJE

Ime i prezime / tvrtka ili naziv dužnika **LIJEČILIŠTE ISTARSKE TOPLICE**

OIB dužnika **91410030487**

Adresa / sjedište dužnika

Sv. Stjepan 60, Livade

Datum objave plana restrukturiranja za koji se glasuje **25.08.2023.g.**

Ime i prezime / tvrtka ili naziv vjerovnika **CROATIA OSIGURANJE d.d.**

OIB vjerovnika **26187994862**

Adresa / sjedište vjerovnika

V. Jagića 33, Zagreb

Glasam (zaokružiti)

ZA **PROTIV**

Ime i prezime, svojstvo potpisnika (čitko popuniti štampanim slovima)

MARIJANA TOMIĆ, dip.iur., punomoćnica, temeljem gener.punomoći kod Trgovačkog suda
u Pazinu br. 39 Su-13/21

Datum i mjesto

Zagreb, 12.02.2024.g.

Potpis vjerovnika

NAPOMENA: Ako je vjerovnik pravna osoba, uz obrazac se dostavlja dokaza da je obrazac potpisala ovlaštena osoba (članak 58. stavak 1. Stečajnog zakona).