

**Obrazac 11.**  
**OBRAZAC ZA GLASOVANJE**

Ime i prezime / tvrtka ili naziv dužnika

POLIKLINIKA KALIPER d.o.o.

OIB dužnika 25999144591

Adresa / sjedište dužnika

Zagreb, Ulica Antuna Nemčića 7

Datum objave plana restrukturiranja za koji se glasuje 4. rujna 2025.

Ime i prezime / tvrtka ili naziv vjerovnika

REPUBLIKA HRVATSKA, Ministarstvo financija, Porezna uprava, Središnji ured

OIB vjerovnika 18683136487

Adresa / sjedište vjerovnika

Zagreb, Boškovićeva 5

Glasam (zaokružiti)      ZA / **PROTIV**

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

SANDRA KRIČKOVIĆ, zamjenica županijskog državnog odvjetnika

Datum i mjesto

Zagreb, 9. rujna 2025.

Potpis vjerovnika  
Županijsko državno odvjetništvo  
u Zagrebu

\_\_\_\_\_

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