P U N O M O Ć

Ovlašćujem(o) da me (nas) pravno zastupa (brani)

ZAJEDNIČKI ODVJETNIČKI URED
JOSIP JANKOVIĆ, MATE BURAZIN
Karlovac A. Vranjczanya 5/1
Tel.047/ 612-099, 611-299, fax: 047/611 -780
mob. 098 492 218, 098 492 477
OIB: 16977149814

.....

.....

u .....***OVRŠNOM***..... postupku, koji se vodi

pred.....OPĆINSKIM SUDOM U SISKU.....

pod poslovnim brojem .....

na (tužbu, prijedlog, optužnicu).....***OPĆA BOLNICA KARLOVAC***.....

protiv .....***FILIP RAFAIM PUŠKARIĆ***.....

radi

.....***NAPLATE***.....

.....

Ovlašćujem(o) ga, da me (nas) zastupa u svim mojim (našim) pravnim poslovima u sudu i izvan suda i kod svih drugih državnih tijela te da se radi zaštite i ostvarenja mojih (naših) prava i na zakonu osnovanih interesa poduzima sve pravne radnje i upotrijebi sva u zakonu predviđena sredstva, a osobito da podnosi tužbe, prijedloge i ostale podneske, da dade u moje (naše) ime nasljednu izjavu, te da za mene (nas) prima novac i novčane vrijednosti i da o tome izdaje potvrde.

Ujedno dajem suglasnost da se moji osobni podaci koji podliježu zaštiti po odredbama Opće uredbe EU koriste od strane odvjetnika za potrebe pružanja tražene odvjetničke usluge kao i za potrebe izrade računa, podnošenja financijskih izvješća, poreznih prijava i druge svrhe u svezi obavljanja odvjetničke djelatnosti.

Pristajem(o) da ih za slučaj spriječenosti zamjeni:

.....

Za slučaj spora glede nagrade pristajem(o) na nadležnost suda u .....

.....

U Karlovcu, nadnevka .....4.09.2024..... 2024.godine

x.....

OPĆA BOLNICA KARLOVAC
A. Štampara 3
br. 1

.....