|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **VLAGATELJ:**  …………………………………………………………………………………  (*Naziv vlagatelja*)  …………………………………………………………………………………  (*Naslov*)  …………………………………………………………………………………  (*Poštna številka in kraj*) | *Izpolni Mestna občina Krško (vložišče)*  **Žig in datum prejema**: |     **MESTNA OBČINA KRŠKO**  **CKŽ 14**    **8270 KRŠKO** | |
| **NE ODPIRAJ,**  **VLOGA NA JAVNI RAZPIS** | *Razpis:*  **Javni razpis za sofinanciranje programov na področju socialnega varstva v l. 2025 v Mestni občini Krško** |



------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(kopijo zgornje tabele **izpolnite, izrežite in nalepite na sprednjo stran zaprte ovojnice**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **VLAGATELJ:**  …………………………………………………………………………………  (*Naziv vlagatelja*)  …………………………………………………………………………………  (*Naslov*)  …………………………………………………………………………………  (*Poštna številka in kraj*) | *Izpolni Mestna občina Krško (vložišče)*  **Žig in datum prejema**: |     **MESTNA OBČINA KRŠKO**  **CKŽ 14**    **8270 KRŠKO** | |
| **NE ODPIRAJ,**  **VLOGA NA JAVNI RAZPIS** | *Razpis:*  **Javni razpis za sofinanciranje programov na področju zdravstvenega varstva v l. 2025 v Mestni občini Krško** |



------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(kopijo zgornje tabele **izpolnite, izrežite in nalepite na sprednjo stran zaprte ovojnice**)