|  |  |
| --- | --- |
| Naziv ustanove  Ulica i broj  Poštanski broj i grad  Datum: | Ministarstvo znanosti i obrazovanja  Donje Svetice 38  10000 Zagreb |

**Zahtjev za članstvo u CARNET mreži za ustanove iz akademske zajednice**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podaci o ustanovi i imenovanim osobama** | |
| Naziv ustanove: |  |
| Ulica i broj:  (osnovna lokacija) |  |
| Poštanski broj i grad: |  |
| Ulica i broj:  (dodatna lokacija 1 za koju se traži spajanje) |  |
| Poštanski broj i grad: |  |
| Ulica i broj:  (dodatna lokacija 2 za koju se traži spajanje) |  |
| Poštanski broj i grad: |  |
| Vrsta članstva:  (punopravno / privremeno / pridruženo) |  |
| Odgovorna osoba za ustanovu:  (funkcija, ime i prezime, titula) |  |
| e-mail adresa: |  |
| Broj telefona: |  |
| **Obrazloženje** | |
| Molimo obrazložite zbog čega je Vašoj ustanovi potrebno članstvo u CARNET mreži | |
| **Zakoni i akti temeljem kojih je ustanova osnovana** | |
| Molimo navedite temeljem kojih zakona i akata je osnovana Vaša ustanova | |
| **Dokumentacija kojom se zahtjev za spajanje potkrjepljuje** | |
| Molimo navedite priloženu dokumentaciju | |

Potpis odgovorne osobe:

M.P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Ovaj zahtjev može se potpisati i kvalificiranim elektroničkim potpisom. Kvalificirani elektronički potpis sukladno eIDAS uredbi Europskog parlamenta i Vijeća (EU 910/2014) i važećim propisima Republike Hrvatske ima jednak pravni učinak kao vlastoručni potpis.