|  |  |
| --- | --- |
| Naziv ustanoveUlica i brojPoštanski broj i gradKlasa:      Urudžbeni broj:      Datum:       | Ministarstvo znanosti i obrazovanjaDonje Svetice 3810000 Zagreb |

**Zahtjev za članstvo u CARNET mreži**

|  |
| --- |
| **Podaci o ustanovi i odgovornoj osobi** |
| 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 mobitela: |       |
| **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.