



**Arsano
Medical Group**

(ime i prezime podnositelja izjave)

(adresa)

IZJAVA

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da ne primam stipendiju s drugim davateljem stipendije za akademsku godinu 2025./2026. Izjava se daje u svrhu dobivanja stipendije Arsano Medical Group i u druge svrhe se ne može upotrijebiti. Potvrđujem da su podaci uneseni u ovoj izjavi točni i istiniti.

(mjesto i datum)

(potpis podnositelja izjave)