**Uputa za podnositelje zahtjeva koji nakon isteka roka od godine dana, ponovno pokreću postupak registracije i izdavanja potvrde za privremeno i povremeno obavljanje liječničke djelatnosti na području Republike Hrvatske**

Dokumenti (dokazi) koji se prilažu zahtjevu trebaju biti **originali** ili **ovjerene preslike (fotokopije)** originala i po potrebi **ovjereni prijevod na hrvatski jezik.**

Obrascu zahtjeva potrebno je priložiti **i po jedan primjerak neovjerene preslike svakog priloženog dokumenata.**

**Napomene:**

* prijevod na hrvatski jezik vrši **stalni sudski tumač** za strani jezik na kojemu je izdana inozemna stručna kvalifikacija;
* preslike službenih dokumenata u Republici Hrvatskoj **ovjerava javni bilježnik**;
* preslike službenih dokumenata **mogu se ovjeriti i u inozemstvu**;
* **ukoliko je Zahtjev nepotpun, podnositelj zahtjeva biti će pisanim putem obaviješteni o potrebnoj nadopuni dokumentacije.**
* **Hrvatska liječnička komora će nakon obrade zahtjeva podnositelju vratiti originale i ovjerene kopije dokumenata, a u predmetu će zadržati zahtjevu priložene neovjerene preslike (kopije).**

**Zahtjevu je potrebno priložiti sljedeće dokumente:**

* **Potvrdu** nadležnih tijela matične države **koja potvrđuje da podnositelj zahtjeva ima poslovni nastan** odnosno da obavlja reguliranu profesiju doktora medicine odnosno doktora medicine specijalista u državi članici EU, državi potpisnici Ugovora o EGP u ili Švicarskoj konfederaciji
* **potvrda poslodavca** **koja mora biti ovjerena potpisom osobe ovlaštene za zastupanje poslodavca i pečatom poslodavca**
* **Potvrdu** nadležnih tijela države u kojoj podnositelj zahtjeva ima poslovni nastan **kojom se potvrđuje** da obavlja reguliranu profesiju doktora medicine odnosno doktora medicine specijalista u državi članici EU, državi potpisnici Ugovora o EGP- u ili Švicarskoj Konfederaciji **i da u trenutku izdavanja potvrde nema, čak ni privremeno, zabranu obavljanja regulirane profesije**
* **potvrda o trenutnom poslovnom statusu (*Certificate of Good Standing*)** **ili potvrda**

**o nekažnjavanju izdana od strane nadležnog tijela**

* **Dokaz o sklopljenoj polici osiguranja od profesionalne odgovornosti, važećoj na području Republike Hrvatske u razdoblju u kojem podnositelj namjerava obavljati liječničku djelatnost**
* **Ostali dokumenti**
* **vjenčani list ili rješenje nadležnog tijela** za podnositelje zahtjeva koje su promijenile ime i/ili prezime

Podnositelj zahtjeva dužan je nadležnom tijelu prijaviti svaku promjenu okolnosti na temelju koje mu je omogućeno pružati usluge obavljanjem regulirane profesije u Republici Hrvatskoj.

**Potvrda se izdaje na rok od godine dana.**