



Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Spol:

Žensko

Muško

Broj osobne iskaznice /putovnice: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_

Specijalnost: \_\_\_\_\_

Uža specijalnost: \_\_\_\_\_

Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_

Naziv i adresa ustanove zaposlenja: \_\_\_\_\_

## ZAHTJEV

### ZA IZDAVANJE POTVRDE O STUPNJU OBRAZOVANJA

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (*obilježiti te navesti državu*):

Edukacije u: \_\_\_\_\_

Rada u: \_\_\_\_\_

Zahtjevu prilažem:

Dokaz o državljanstvu i prebivalištu (*kopija osobne iskaznice/putovnice ili original na uvid*)

Dokaz o završenom medicinskom fakultetu (*ovjerena kopija ili original na uvid*)

Dokaz o završenoj specijalističkoj/subspecijalističkoj izobrazbi (*ovjerena kopija ili original na uvid*)

Dokaz o uplati troškova izrade potvrde

---

Način preuzimanja potvrde (*obilježiti*):

osobno

na adresu: \_\_\_\_\_

*U okviru važećih propisa o zaštiti osobnih podataka suglasna/an sam da se moji podaci prikupljaju koriste i obrađuju u okviru poslova i zakonite svrhe Hrvatske liječničke komore koja je izričito navedena (vođenje javnih knjiga i evidencija Hrvatske liječničke komore i izrade odgovarajućih statističkih izoješća i sl.).*

\_\_\_\_\_  
(potpis podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(potpis autoriziranog djelatnika HLK)

## **PODACI ZA PLAĆANJE:**

Naknada za izdavanje ove Potvrde **svima ostalima** iznosi **200,00 kn**.

- iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj:

IBAN: **HR 49 23600001101464267**

SWIFT: **ZABHR2X** (za plaćanje iz inozemstva)

model plaćanja: **67**

poziv na broj odobrenja: **OIB uplatitelja-270**

Potvrda će biti izdana u roku od 15 dana od dana uredno podnesenog zahtjeva