



**PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

**ZAHTJEV  
ZA IZDAVANJE DUPLIKATA ODNOSNO PRIJEPISA ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN  
RAD (LICENCE)**

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

Matični broj člana: HR \_\_\_\_\_

Osobni identifikacijski broj (OIB): \_\_\_\_\_

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Mjesto i adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

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

Adresa elektroničke pošte: \_\_\_\_\_

**Zahtjev podnosim zbog (označiti):**

gubitka

otuđenja

oštećenja

uništenja

---

**Način preuzimanja (označiti):**

- u Središnjem uredu Hrvatske liječničke komore
- u regionalnom uredu (zaokružiti):       Osijek       Rijeka       Split
- putem pošte na adresu: \_\_\_\_\_  
(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)

U \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto)      (navesti datum)

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