



Klasa: _____

Ur.broj: _____

U Zagrebu, _____

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Članski broj: HR _____

Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____

Broj telefona: _____ **Broj mobitela:** _____

**ZAHTJEV
ZA DODJELU BODOVA U POSTUPKU TRAJNE MEDICINSKE IZOBRAZBE**

Molim gornji Naslov da mi dodijeli bodove za sudjelovanje u postupku trajne medicinske izobrazbe u svrhu obnove odobrenja za samostalan rad (licence).

Molimo ukratko opisati način trajne medicinske izobrazbe (*npr.: sudjelovanje na skupu, studijski boravak, publikacije i sl.*) te priložiti dokaze o provedenoj izobrazbi:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

(potpis autoriziranog djelatnika HLK)

(potpis podnositelja zahtjeva)