

U Zagrebu, _____

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

**Ulica Grge Tuškana 37
10 000 ZAGREB**

IZJAVA O ODRICANJU OD PRAVA NA ŽALBU

Ja, _____, iz _____
izjavljujem kako se **odričem prava na žalbu** na rješenje Hrvatske liječničke komore,
KLASA: _____, URBROJ: _____ od _____ godine,
kojim rješenjem mi se odobrava upis u Imenik liječnika Komore pod matičnim brojem: _____.

Od strane stručnih službi Komore upoznat/a sam da se odricanje od žalbe ne može opozvati, te da rješenje postaje izvršno danom odricanja od prava na žalbu.

S poštovanjem,

(potpis stranke)