



**PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

**ZAHTJEV  
ZA BRISANJE IZ IMENIKA LIJEČNIKA**

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

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

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

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

Adresa elektroničke pošte: \_\_\_\_\_

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

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