



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: _____

Ovim putem potvrđujem da sam upoznat/a s činjenicom da je članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori obvezno za liječnike koji rade na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te da prema čl. 59. st. 1. t. 4. Statuta Hrvatske liječničke komore („Narodne novine“ 55/18. i 25/22.) brisanjem iz Imenika liječnika Hrvatske liječničke komore **prestaje važiti odobrenje za samostalan rad (licenca)** koje je uvjet za samostalno obavljanje poslova liječničke djelatnosti.

U _____

(navesti mjesto)

(navesti datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)