



Klasa: _____

Ur.broj: _____

U Zagrebu, _____

Ime i prezime: _____

Državljanstvo: _____

Datum rođenja: _____

Mjesto rođenja: _____

OIB: _____

Spol:

Žensko

Muško

Broj osobne iskaznice /putovnice: _____ / _____

Adresa prebivališta: _____

Specijalnost: _____

Uža specijalnost: _____

Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

Naziv i adresa ustanove zaposlenja: _____

ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE POTVRDE O STUPNJU OBRAZOVANJA

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (*obilježiti te navesti državu*):

Edukacije u: _____

Rada u: _____

Zahtjevu prilažem:

Dokaz o državljanstvu i prebivalištu (*kopija osobne iskaznice/putovnice ili original na uvid*)

Dokaz o završenom medicinskom fakultetu (*ovjerena kopija ili original na uvid*)

Dokaz o završenoj specijalističkoj/subspecijalističkoj izobrazbi (*ovjerena kopija ili original na uvid*)

Dokaz o uplati troškova izrade potvrde

Način preuzimanja potvrde (*obilježiti*):

osobno

na adresu: _____

U okviru važećih propisa o zaštiti osobnih podataka suglasna/an sam da se moji podaci prikupljaju koriste i obrađuju u okviru poslova i zakonite svrhe Hrvatske liječničke komore koja je izričito navedena (vođenje javnih knjiga i evidencija Hrvatske liječničke komore i izrade odgovarajućih statističkih izoješća i sl.).

(potpis podnositelja zahtjeva)

(potpis autoriziranog djelatnika HLK)

PODACI ZA PLAĆANJE:

Naknada za izdavanje ove Potvrde **svima ostalima** iznosi **200,00 kn (26,45€)** -

iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj:

IBAN: **HR 49 23600001101464267**

SWIFT: **ZABHR2X** (za plaćanje iz inozemstva)

model plaćanja: **67**

poziv na broj odobrenja: **OIB uplatitelja-270**

Potvrda će biti izdana u roku od 15 dana od dana uredno podnesenog zahtjeva