



Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

**Ime i prezime (ime oca):** \_\_\_\_\_

**Rođeno prezime:** \_\_\_\_\_

**Državljanstvo:** \_\_\_\_\_

**Datum rođenja:** \_\_\_\_\_

**Mjesto rođenja:** \_\_\_\_\_

**OIB:** \_\_\_\_\_

**Spol (zaokružiti):**     M           /     Ž

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

**Adresa e-pošte:** \_\_\_\_\_

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

Na temelju članka 7. Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske liječničke komore, podnosim

**ZAHTJEV  
ZA UPIS U IMENIK LIJEČNIKA**

kojim molim naslov da mi odobri upis u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore.

Zahtjev podnosim kao:

Hrvatski državljanin

Strani državljanin (*liječnik koji obavlja liječničku djelatnost prema propisima koji uređuju rad stranaca u Republici Hrvatskoj*)

---

Zahtjevu prilažem:

Doka o identitetu (osobna iskanja ili putovnia - kopija, original na uvid),

Dokaz o državljanstvu ( kopija, original na uvid ili e-domovnicaako dokaz o identitetu ne dokazuje i državljanstvo)

Dokaz završom medicinskom fakultetu i/ili o prizatoj inozemnoj stručnoj kvalifikaciji doktora medicine (kopija, original na uvid),

Dokaz položenom stručnom ispitu nakon obavljenog pripravničkog staža / ili o prizatom pripravničkom stažu (kopija, original na uvid),

Dokaz položenom specijalističkom odnosno ispitu iz uže specijalnosti / ili o priznavanju inozemne stručne kvalifikacije liječnika specijaliste/užeg specijaliste (kopija, original na uvid),

Dokaz o poznavanju hrvatskog jezika izdan od ovlaštenog učilišta prema zajedničkom europskom referentnom okviru a jeike, minimalno stupanj B2 (samostalni korisnik), osim ako je jezik dodiplomske izobrazbe bio hrvatski ili ako je srednjoškolsko obrazovanje završao na hrvatskom jeziku,

Ispunjeni evidencijski list (Prilog 1)

Izjava o poštivanju etičkih i deontoloških načela (Prilog 2)

Dokaz o drugim stečenim osposobljenostima, priznatim akademskim, znanstveno nastavnim zvanjima (kopija, original na uvid).

Dokaz o uplati upisnine u iznosu od 400,00 kuna

- iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj:

IBAN: **HR 49 23600001101464267**

SWIFT: **ZABAHR2X** (za plaćanje iz inozemstva)

model plaćanja: **67**

poziv na broj odobrenja: **OIB uplatitelja**

opis plaćanja: **UPISNINA**

---

## STRANI DRŽAVLJANI:

Osim navedene dokumentacije, strani državljanin zahtjevu prilaže i sljedeću dokumentaciju (označiti što se prilaže) :

dokumentaciju određenu pozitivnim zakonskim i podzakonskim propisima kojima se uređuje rad stranaca u Republici Hrvatskoj

dokaz o članstvu u inozemnoj staleškoj komori i dokaz da se protiv podnositelja zahtjeva za upis u Imenik liječnika Komore ne vodi disciplinski postupak (*Good Standing Certificate*) – **ova potvrda ne smije biti starija od tri mjeseca i mora biti izdana od staleške komore ili druge odgovarajuće staleške udruge, te mora biti prevedena na hrvatski jezik od strane ovlaštenog sudskog tumača**

dokaz o stvarnom i zakonitom obavljanju liječničke djelatnosti u inozemstvu u posljednjih 5 godina

### ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA

*U okviru važećih propisa o zaštiti osobnih podataka suglasnalan 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 izvješća i sl.)..*

### Korištenje osobnih podataka u svrhe marketinga

Da li ste suglasni da Hrvatska liječnička komora koristi Vaše osobne podatke (ime, prezime, adresu ustanove zaposlenja) u marketinške svrhe (promotivne aktivnosti i ponude poslovnih partnera Komore):

DA            NE            (označiti)

Sukladno odredbi članka 21. Zakona o zaštiti osobnih podataka imate pravo usprotiviti se obradi osobnih podataka u svrhe marketinga. U slučaju protivljenja, Vaši osobni podaci neće se obrađivati u marketinške svrhe.

---

(Potpis podnositelja zahtjeva)

---

(Potpis autoriziranog djelatnika HLK)

**DIPLOMA MEDICNSKOG FAKULTETA**

Naziv fakulteta: \_\_\_\_\_

Mjesto fakulteta: \_\_\_\_\_

Država fakulteta: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Broj: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

ECTS bodovi: \_\_\_\_\_

**RJEŠENJE O PRIZNAVANJU INOZEMNE STRUČNE KVALIFIKACIJE**

Naziv tijela koje je izdalo rješenje: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

**UVJERENJE O POLOŽENOM DRŽAVNOM (STRUČNOM) ISPITU**

Naziv tijela koje je izdalo uvjerenje: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

**DIPLOMA O SPECIJALIZACIJI**

Naziv tijela koje je izdalo diplomu: \_\_\_\_\_

Naziv specijalizacije: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

## DIPLOMA O UŽOJ SPECIJALIZACIJI

Naziv tijela koje je izdalo diplomu: \_\_\_\_\_

Naziv uže specijalizacije: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

## DIPLOMA O STRUČNOM POSLIJEDIPLOMSKOM STUDIJU

Naziv tijela koje je izdalo diplomu: \_\_\_\_\_

Broj diplome: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Specijalistički ili stručni magisterij iz područja*

\_\_\_\_\_  
*Doktorat znanosti iz područja*

## ZNANSTVENO ZVANJE:

Naziv tijela koje je donijelo odluku: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Naziv znanstvenog zvanja*

## NASTAVNO ZVANJE:

Naziv tijela koje je donijelo odluku: \_\_\_\_\_

Datum izdavanja: \_\_\_\_\_

Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Naziv nastavnog zvanja*



---

**OSTALO:**

---

*Navesti eventualna posebna znanja, članstva u stručnim društvima, i sl.*

---

*Navesti eventualna posebna znanja, članstva u stručnim društvima, i sl.*

---

*Navesti eventualna posebna znanja, članstva u stručnim društvima, i sl.*

U \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto)

Dana: \_\_\_\_\_  
(navesti datum)

---

*(Vlastoručni potpis)*

---

*(Potpis autoriziranog djelatnika HLK)*

---

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

OIB: \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_

Na temelju članka 9. Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske liječničke komore, dajem sljedeću

**IZJAVA**  
**o obvezi poštivanja**  
**etičkih i deontoloških načela medicinske struke**

Ovime izjavljujem da sam upoznat/a sa sadržajem Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore (Narodne novine, br. 55/08, 139/15) te da ću u obavljanju liječničke djelatnosti poštivati etička i deontološka načela medicinske struke.

Izjavu se daje u svrhu upisa u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore.

U \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto)

Dana: \_\_\_\_\_  
(navesti datum)

\_\_\_\_\_  
(Vlastoručni potpis)