



HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA • CROATIAN MEDICAL CHAMBER

Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Hrvatska • Tel 01/4500 830 • Fax 01/4655 465 • E-mail hlk@hlk.hr • www.hlk.hr

Klasa: _____

Ur.broj: _____

U Zagrebu, _____

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Članski broj: **HR** _____

Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE POTVRDE O ČLANSTVU I TRENUTNOM PROFESIONALNOM STATUSU

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (*obilježiti te navesti državu ili ustanovu ili drugi razlog izdavanja potvrde*):

Edukacije u: _____

Rada u: _____

Primarijat: _____

Ostalo: _____

Način preuzimanja potvrde (*obilježiti*):

osobno

na adresu: _____

elektroničkim putem (e-mail): _____

(potpis podnositelja zahtjeva)

(potpis autoriziranog djelatnika HLK)