



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 STEČENIM PRAVIMA**

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

Edukacije u: \_\_\_\_\_

Rada u : \_\_\_\_\_

Zahtjevu prilažem:

Potvrdu poslodavca iz koje je razvidno kako obavljam poslove liječnika/ specijaliste/ subspecijaliste/ najmanje 3 godine neprekidno u zadnjih 5 godina na teritoriju Republike Hrvatske (*odnosi se na djelatnosti koje ne ispunjavaju uvjet minimalnog trajanja izobrazbe propisan u točki 5.1.3 Priloga V Direktive 2005/36/EZ*)

---

Način preuzimanja potvrde (*obilježiti*):

osobno

na adresu: \_\_\_\_\_

elektroničkim putem (e-mail): \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(potpis autoriziranog djelatnika HLK)

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