



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, _____ . godine

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Članski broj: HR _____

Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

Zahtjev za izdavanje potvrde o dobrom ugledu (Certificate of Good Standing)

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (označiti i navesti državu):

edukacije u _____

rada u _____

Način preuzimanja potvrde (*označiti*):

osobno

na adresu: _____
(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)

elektroničkim putem (e-mail): _____

U _____ / _____
(navesti mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)

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