



ZA STRANKE

Ime i prezime: _____
Državljanstvo: _____
Datum rođenja: _____
Mjesto rođenja: _____
OIB: _____ Spol (obilježiti): o Žensko o Muško
Broj putovnice: _____
Adresa prebivališta: _____
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): _____

PODATCI ZA PLAĆANJE:

Odlukom Izvršnog odbora HLK naknada za izdavanje ove potvrde osobama koje nisu članovi Komore iznosi 26,45€.

Iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj:

- IBAN: HR 49 23600001101464267
- SWIFT: ZBAHR2X (za plaćanje iz inozemstva)
- model plaćanja: 67
- poziv na broj odobrenja: OIB uplatitelja - 270

U _____, _____ . godine
(navesti mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)