



**ZA ČLANOVE HLK**

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

OIB: \_\_\_\_\_ ili 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 005/36/EZ*)

**Način preuzimanja potvrde (obilježiti):**

- osobno
- na adresu: \_\_\_\_\_  
(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)
- 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 izvješća i sl.).*

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . godine  
(navesti mjesto) (datum)

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

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