



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 STUPNJU OBRAZOVANJA

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

- Edukacije u: _____
- Rada u: _____

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