



ZA STRANKE

Ime i prezime: _____
Državljanstvo: _____
Datum rođenja: _____
Mjesto rođenja: _____
OIB: _____ Spol (obilježiti): o Žensko o Muško
Broj putovnice: _____
Adresa prebivališta: _____
Specijalnost: _____
Uža specijalnost: _____
Adresa elektroničke pošte (e-mail): _____
Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____
Naziv i adresa ustanove zaposlenja: _____

ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE POTVRDE O STUPNJU OBRAZOVANJA

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

- Edukacije u: _____
- Rada u: _____

Zahtjevu prilažem (obilježiti):

- Dokaz o državljanstvu i prebivalištu (*kopija osobne iskaznice/putovnice ili original na uvid*)
- Dokaz o završenom medicinskom fakultetu (*ovjerena kopija ili original na uvid*)
- Dokaz o završenoj specijalističkoj/subspecijalističkoj izobrazbi (*ovjerena kopija ili original na uvid*)
- Dokaz o uplati troškova izrade potvrde

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.).

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: ZABHR2X (za plaćanje iz inozemstva)
- Model plaćanja: 67
- Poziv na broj odobrenja: OIB uplatitelja-270

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

(potpis podnositelja zahtjeva)

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