



**ZA ČLANOVE HLK**

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

OIB: \_\_\_\_\_

Članski broj: HR \_\_\_\_\_

Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV**

**ZA IZDAVANJE POTVRDE O SUKLADNOSTI**

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

- Edukacije u: \_\_\_\_\_
- Rada u : \_\_\_\_\_

Način preuzimanja potvrde (obilježiti):

- osobno
- na adresu: \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto) (datum)

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

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