

# PUNOMOĆ

kojom ja,

\_\_\_\_\_

(Ime i Prezime)

\_\_\_\_\_

(Adresa: ulica i broj, poštanski broj, mjesto, država)

ovlašćujem

\_\_\_\_\_

(Ime i prezime)

\_\_\_\_\_

(OIB)

\_\_\_\_\_

(Adresa: ulica i broj, poštanski broj, mjesto, Republika Hrvatska)

\_\_\_\_\_

e-mail

\_\_\_\_\_

br. telefona ili mobilnog telefona

**da u moje ime prima pismena koja će u postupku rješavanja mojeg zahtjeva za priznavanje inozemne stručne kvalifikacije biti upućena od Hrvatske liječničke komore.**

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(mjesto)

(datum)

\_\_\_\_\_

(vlastoručni potpis)