



*Prazni kvadratić formata 70 x 40 mm
za otisak prijemnog štambilja*

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

ZAHTJEV ZA PROVJERU STRUČNOSTI

I. OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: _____

Osobni identifikacijski broj (OIB): _____

Mjesto i adresa stanovanja: _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

Adresa elektroničke pošte: _____

Molim gore navedeni Naslov da mi odobri polaganje ispita provjere stručnosti.

Ispit polažem _____ put.

Ispit želim polagati u vremenskom razdoblju _____

Ispit želim polagati u (označiti):

u Središnjem uredu Hrvatske liječničke komore

u regionalnom uredu Hrvatske liječničke komore u _____

ZAHTJEVU PRILAŽEM (*označiti priloženo*):

- presliku identifikacijskog dokumenta koji sadrži fotografiju
- dokaz o uplati naknade za provođenje ispita provjere stručnosti u iznosu od 2.500,00 kuna
- dodatno (*navesti drugie dokaz/e koji se prilaže/u*)

U _____ / _____
(*navesti mjesto*) (*navesti datum*)

(*potpis podnositelja zahtjeva*)