



*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.

Ispitu 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/ice zahtjeva*)