



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb ♦ Fax: +385 1 7980 350 ♦ E-mail: hkzr@hkzr.hr ♦ URL: www.hkzr.hr ♦ OIB: 06195840134

Klasa:
Ur.broj:
Zagreb,

IME IPREZIME _____ OIB _____

ADRESA STANOVANJA _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL./MOB _____

ZAPOSLEN U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL: _____

Na temelju članka 18. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) Hrvatske komore zdravstvenih radnika podnosim

ZAHTJEV ZA OBNAVLJANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE)

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju (zaokružiti redni broj dokumenta):

1. presliku prethodnog Odobrenja za samostalni rad (licence),
2. izjava o poštivanju etičkih i deontoloških načela struke,
3. zahtjev za promjenu i nadopunu podataka u registru HKZR-a (ukoliko je došlo do promjene).

(potpis podnositelja zahtjeva)

(navesti mjesto i datum)