

IZJAVA O KANDIDATURI ZA POVJERENSTVO ZA TELEFARMACIJU

Ime i prezime _____
Adresa prijavljenog prebivališta _____
Mjesto zaposlenja _____
Članski broj _____ OIB _____
Telefon _____ Mobitel _____
E-mail _____

OČITOVANJE

Ja, _____ dolje potpisani/a, izjavljujem da ispunjavam uvjete za člana Povjerenstva za telefarmaciju iz čl. 2. Pravilnika o radu povjerenstava Hrvatske ljekarničke komore:

1. podmirio/la sam financijske obveze prema Komori,
2. nisam stegovno kažnjavao/a, niti se protiv mene vodi stegovni postupak,
3. obavljam ljekarničku djelatnost sukladno odredbama Zakona o ljekarništvu, Statuta Hrvatske ljekarničke komore i ostalim pozitivnim propisima,
4. kompetentan/na sam za rad u povjerenstvu.

Svoju kompetentnost za rad u Povjerenstvu temeljim na:

Ovim putem izričito izjavljujem da ću svoje dužnosti obavljati savjesno te svojim znanjem pridonijeti radu Povjerenstva za telefarmaciju.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis)