

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_

ČLANSKI BROJ \_\_\_\_\_

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ BROJ TEL/MOB \_\_\_\_\_

ZAPOSLEN/A U \_\_\_\_\_

ADRESA ZAPOSLENJA \_\_\_\_\_ BROJ TEL \_\_\_\_\_

*Na temelju Pravilnika o uvjetima za davanje, obnavljanje i oduzimanje Odobrenja za samostalan rad magistara farmacije Hrvatske ljekarničke komore, podnosim*

### ZAHTJEV ZA IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD SPECIJALISTA

*Molim Naslov da mi važeće Odobrenje za samostalan rad zamijeni novim Odobrenjem za samostalan rad specijalista.*

*Zahtjev podnosim iz razloga što sam u vrijeme važećeg Odobrenja za samostalan rad:*

- 1. stekla/o specijalizaciju iz područja ljekarničke djelatnosti*  
\_\_\_\_\_ (navesti koju)

*Zahtjevu prilažem:*

- 1. Važeće Odobrenje za samostalan rad*
- 2. Dokaz o završenoj specijalizaciji iz područja ljekarničke djelatnosti*

U \_\_\_\_\_

(navesti mjesto i datum)

\_\_\_\_\_

(potpis podnositelja zahtjeva)