

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 ZAMJENU ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

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

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

1. promijenila/o osobne podatke
2. \_\_\_\_\_

*(ostalo)*

*Zahtjevu prilažem:*

1. Važeće Odobrenje za samostalan rad
2. \_\_\_\_\_

*(ostalo)*

U \_\_\_\_\_

*(navesti mjesto i datum)*

\_\_\_\_\_

*(potpis podnositelja zahtjeva)*