

IME I PREZIME _____

OIB _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL I BROJ MOBITELA _____

ČLANSKI BROJ HLJK _____

ZAHTJEV ZA BRISANJE IZ REGISTRA LJEKARNIKA

Podnosim zahtjev za brisanje iz Registra ljekarnika.

Razlog (*navesti*):

Izjavljujem da sam podmirio/la sve članarine i druge obveze prema Komori.

Potvrđujem da sam upoznat/a s činjenicom da je članstvo u HLJK obvezno za sve magistre farmacije koji, obavljajući ljekarničke djelatnosti, rade na području Republike Hrvatske na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite (članak 33. Zakona o ljekarništvu, NN 121/03, 142/06, 35/08, 117/08) te da brisanjem iz Registra ljekarnika prestaje važiti odobrenje za samostalan rad koje je uvjet za samostalno obavljanje ljekarničke djelatnosti.

U _____, _____
(*mjesto*) (*datum*)

(*potpis podnosioca*)