

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

**ZAHTEJEV ZA BRISANJE IZ REGISTRA MAGISTARA FARMACIJE
KOJI OBAVLJAJU LJEKARNIČKU DJELATNOST U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Podnosim zahtjev za brisanje iz Registra ljekarnika.

Razlog (navesti):

Izjavljujem da sam podmirio/la sve članarine i druge obveze prema Hrvatskoj ljekarničkoj komori.

Potvrđujem da sam upoznat/a s činjenicom da je članstvo u Hrvatskoj ljekarničkoj komori obvezno za sve magistre farmacije koji, obavljajući ljekarničku djelatnost, rade na području Republike Hrvatske na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite (članak 33. Zakona o ljekarništvu („Narodne novine“, broj 121/03, 142/06, 35/08, 117/08 i 92/24) te da brisanjem iz Registra magistara farmacije koji obavljaju ljekarničku djelatnost u Republici Hrvatskoj prestaje važiti odobrenje za samostalan rad koje je uvjet za samostalno obavljanje ljekarničke djelatnosti.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)