

IME I PREZIME _____

DRŽAVLJANSTVO _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

NAZIV I ADRESA USTANOVE ZAPOSLENJA

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O STVARNOM I ZAKONITOM OBAVLJANJU
DJELATNOSTI (POTVRDA O STEČENIM PRAVIMA)**

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (označiti i navesti grad i državu):

1. edukacije u _____
2. rada u _____

Zahtjevu prilažem dokaz o obavljanju ljekarničke djelatnosti u posljednjih 5 godina.

Način preuzimanja potvrde (označiti):

1. osobno
2. putem pošte na adresu _____

*Odlukom Hrvatske ljekarničke komore naknada za izdavanje potvrde iznosi 300,00 kn. Naknada se uplaćuje na žiro-račun IBAN: HR8523600001101243041, Zagrebačka banka d.d.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)