

05

IME I PREZIME _____

OIB _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

ZAPOSLEN/A U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL _____

ZAHTJEV ZA OBNAVLJANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

Molim Naslov da mi sukladno odredbama članka 29. i 30. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju Odobrenja za samostalan rad, te odredbi članka 57. Statuta Hrvatske ljekarničke komore obnovi Odobrenje za samostalan rad, budući da sam ispunila sve propisane uvjete.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)