

04

IME I PREZIME _____

OIB _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

ZAPOSLEN/A U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL _____

Na temelju Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju Odobrenja za samostalan rad 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. stekla/o specijalizaciju iz područja ljekarničke djelatnosti
2. pomijenila/o osobne podatke
3. _____

(ostalo)

Zahtjevu prilažem:

1. Važeće Odobrenje za samostalan rad
2. _____

(ostalo)

Zahtjev i prilozi dostavljaju se u tiskanom papirnatom obliku.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)