HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA
CROATIAN CHAMBER OF PHARMACISTS

Martićeva 27, 10000 Zagreb, HR
+385 1 4616 805 / 4633 873 hljk@hljk.hr
www.hljk.hr

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ HLJK _____

ADRESA I MJESTO STANOVANJA_____

E-MAIL _____ BROJ MOBITELA _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE DUPLIKATA
ČLANSKE ISKAZNICE

Podnosim zahtjev za izdavanje duplikata članske iskaznice Hrvatske ljekarničke komore.

Zahtjev podnosim zbog (*označiti*):

- ☐ gubitka
- ☐ otuđenja
- ☐ oštećenja
- ☐ uništenja.

Uz zahtjev prilažem:

1. Dokaz o uplati naknade za izdavanje duplikata članske iskaznice*.

Način preuzimanja duplikata članske iskaznice (*označiti*):

- ☐ osobno
- ☐ putem pošte na adresu (*navesti*) _____

U _____ _____
(mjesto) *(datum)*

_____
(potpis podnositelja)

**Naknada za izdavanje duplikata iznosi 10,00 EUR/75,35 HRK i uplaćuje se na žiro-račun Komore IBAN: HR7423600001502921985, ZABA.*