

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

NAZIV I ADRESA USTANOVE ZAPOSLENJA _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O ČLANSTVU U HRVATSKOJ LJEKARNIČKOJ KOMORI

Ovaj zahtjev podnosim u svrhu (*navesti*):

Način preuzimanja potvrde (*zaokružiti i navesti*):

1. osobno
2. putem pošte na adresu _____

Suglasan/na sam da se moji osobni podaci prikupljaju, koriste i obrađuju u okviru zakonite svrhe Hrvatske ljekarničke komore: vođenje registra magistara farmacije koji obavljaju ljekarničku djelatnost u Republici Hrvatskoj i izrada izvješća, sukladno propisima o zaštiti osobnih podataka.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)