

IME I PREZIME _____

OIB _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

DRŽAVLJANSTVO _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

ČLANSKI BROJ _____

NAZIV I ADRESA USTANOVE ZAPOSLENJA _____

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O NEKAŽNJAVANJU
(POTVRDE O DOBROM UGLEDU)**

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

1. edukacije u _____

2. rada u _____

Način preuzimanja potvrde (*označiti*):

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.

*Naknada za izdavanje potvrde iznosi 376,73 kn/50,00 EUR i uplaćuje se na žiro-račun Komore IBAN: HR7423600001502921985, ZABA.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)