

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 STVARNOM I ZAKONITOM OBAVLJANJU  
DJELATNOSTI (POTVRDA O STEČENIM PRAVIMA)**

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

1. edukacije u \_\_\_\_\_
2. rada u \_\_\_\_\_

Zahtjevu prilažem dokaz o obavljanju ljekarničke djelatnosti: potvrdu poslodavca iz koje je razvidno da sam obavljao/la ljekarničku djelatnost najmanje 3 godine neprekidno u zadnjih 5 godina na području RH.

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)