

IME I PREZIME _____

OIB _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

DRŽAVLJANSTVO _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

ČLANSTVO U KOMORI: DA ili NE (*označiti*) ČLANSKI BROJ: _____

**ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O SUKLADNOSTI OBRAZOVANJA
MAGISTRA FARMACIJE S DIREKTIVOM 2005/36**

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

1. edukacije u _____
2. rada u _____

Zahtjevu prilažem:

1. za člana Hrvatske ljekarničke komore nije potreban prilog
2. ako osoba nije član dostavlja se: dokaz o državljanstvu, diploma i uvjerenje o položenom stručnom ispitu (*originali na uvid ili ovjerene kopije*)

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)