

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

ZAPOSLEN/A U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL _____

Na temelju Pravilnika o uvjetima za davanje, obnavljanje i oduzimanje Odobrenja za samostalan rad magistara farmacije Hrvatske ljekarničke komore podnosim

ZAHTJEV ZA ZAMIJENU ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

Molim Naslov da mi važeće Odobrenje za samostalan rad zamijeni novim Odobrenjem za samostalan rad.

Zahtjev podnosim iz razloga što sam u vrijeme važećeg Odobrenja za samostalan rad:

1. promijenila/o osobne podatke
2. _____

(ostalo)

Zahtjevu prilažem:

1. Važeće Odobrenje za samostalan rad
2. _____

(ostalo)

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)