

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

LICENCNO RAZDOBLJE od

do

ZAHTJEV ZA OBNAVLJANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

Molim Naslov da mi sukladno odredbama članka 21. i 22. Pravilnika o uvjetima za davanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad magistara farmacije obnovi Odobrenje za samostalan rad, budući da sam ispunio/la sve propisane uvjete.

U

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)