

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ HLJK _____

SPECIJALIZACIJA _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL I BROJ MOBITELA _____

PRIJAVA ZA PROVODITELJA STRUČNOG NADZORA

Prijavljujem se za provoditelja stručnog nadzora u ljekarništvu.

Zaposlen/a sam u (*navesti naziv i adresu ljekarne u kojoj radite*):

Izjavljujem da ispunjavam sve uvjete za provoditelja stručnog nadzora iz članka 4. Pravilnika o stručnom nadzoru u ljekarništvu:

- (1) magistar farmacije ili magistar farmacije specijalist iz jedne grane specijalizacije iz područja farmacije;
- (2) najmanje 5 godina radnog iskustva u neposrednom obavljanju ljekarničke djelatnosti i
- (3) član Hrvatske ljekarničke komore s važećim odobrenjem za samostalan rad.

Prilažem dokaz da ispunjavam uvjete za provoditelja stručnog nadzora (*navesti dokaz i priložiti ga uz prijavu*):

- (1) uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu za magistre farmacije specijaliste (*ako je primjenjivo*) i
- (2) potvrda poslodavca ili potvrda HZMO-a o 5 godina radnog iskustva u neposrednom obavljanju ljekarničke djelatnosti.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja)