

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O NEKAŽNJAVANJU
(POTVRDE O DOBROM UGLEDU)**

Ovaj zahtjev podnosim u svrhu (*označiti i navesti državu*):

1. edukacije u _____
2. rada u _____

Način preuzimanja potvrde (*zaokružiti i navesti*):

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 za članove HLJK iznosi 50,00 EUR (za nečlanove iznosi 100,00 EUR) i uplaćuje se na žiro-račun Komore IBAN: HR7423600001502921985, ZABA.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)