|  |
| --- |
|  |

 **PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

**ZAHTJEV**

**ZA BRISANJE IZ IMENIKA LIJEČNIKA**

**Ime i prezime:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Osobni identifikacijski broj (OIB):**

**Mjesto i adresa stanovanja**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa elektroničke pošte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Način preuzimanja Rješenja o brisanju iz Imenika liječnika Hrvatske liječničke komore:**

* **Osobno u uredu Komore** *(zaokružiti lokaciju*)**: Zagreb Rijeka Split Osijek**
* **Putem pošte na adresu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(navesti adresu ako se razlikuje od adrese prebivališta)*

* **Elektronička dostava na e-adresu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ovim putem potvrđujem da sam upoznat/a s činjenicom da je članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori

obvezno za liječnike koji rade na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te

da prema čl. 59. st. 1. t. 4. Statuta Hrvatske liječničke komore („Narodne novine“ 55/18. i 25/22.)

brisanjem iz Imenika liječnika Hrvatske liječničke komore prestaje važiti odobrenje za samostalan

rad (licenca) koje je uvjet za samostalno obavljanje poslova liječničke djelatnosti.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(navesti mjesto) (navesti datum)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(potpis podnositelja zahtjeva)*