|  |
| --- |
|  |

**PREDSJEDNIKU HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

**ZAHTJEV**

**ZA UPIS U IMENIK LIJEČNIKA**

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

**Rođeno prezime:**

**Državljanstvo:**

**Datum, mjesto i država rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Osobni identifikacijski broj (OIB):**

**Spol** (zaokružiti) **: M / Ž**

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

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

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

**ZAHTJEVU PRILAŽEM:**

1. presliku identifikacijskog dokumenta koji sadrži fotografiju (*npr. osobna iskaznica, putovnica)*
2. dokaz o završenom medicinskom fakultetu ili rješenje o priznavanju inozemne stručne kvalifikacije za obavljanje liječničke djelatnosti koju donosi nadležno tijelo u postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija
3. dokaz o državljanstvu *(potrebno isključivo ako identifikacijski dokument ne dokazuje državljanstvo)*
4. dokaz o poznavanju hrvatskog jezika izdan od licenciranog učilišta prema zajedničkom europskom referentnom okviru za jezike, minimalno stupanj B2 *(potrebno isključivo u slučajevima ako se* ***ne radi*** *o liječniku koji je diplomirao na jednom od medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj po programu na hrvatskom jeziku ili završio osnovno ili srednje obrazovanje ili dio obrazovanja u Republici Hrvatskoj ili inozemstvu po programu na hrvatskom jeziku)*
5. potvrdu o jednakoj pravnoj valjanosti navedenih javnih isprava o formalnom obrazovanju doktora medicine koje su hrvatski ili strani državljani stekli izvan teritorija tadašnje SR Hrvatske a u republikama bivše SFR Jugoslavije prije 8. listopada 1991. koju izdaje ministarstvo nadležno za zdravstvo (*potrebno isključivo u slučajevima kada je podnositelj stekao diplomu, položio stručni ispit, stekao specijalizaciju ili užu specijalizaciju izvan teritorija tadašnje SR Hrvatske, a na području bivše SFRJ Jugoslavije prije 8. listopada 1991.*)
6. druge dokaze o stručnim kvalifikacijama i osposobljenostima (*potrebno ako podnositelj zahtjeva raspolaže i s drugim dokazima o stručnim kvalifikacijama i osposobljenostima*):

* dokaz o položenom stručnom ispitu (***ne odnosi*** *se na državljane Republike Hrvatske koji su upisali integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij medicine nakon 1. srpnja 2013. u Republici Hrvatskoj, kao ni na državljane država Europskoga gospodarskog prostora i državljane Republike Hrvatske koji su završili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij medicine, koji je sukladan zakonu kojim se uređuju regulirane profesije i priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija*)
* dokaz o položenom specijalističkom ispitu odnosno ispitu iz uže specijalnosti
* dokaz o priznatom statusu specijaliste ili užeg specijaliste
* dokaz o izboru u znanstveno-nastavno odnosno nastavno zvanje
* dokaz o stečenom ili priznatom nazivu primarijus ili drugom stručnom nazivu
* dokaz o stečenim posebnim osposobljenostima (znanjima i vještinama)
* dodatno (navesti druge dokaze koji se prilažu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dokaz o uplati upisnine u iznosu od **15,00** eura:

* iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj:
  + IBAN: HR 49 23600001101464267 /SWIFT: ZABAHR2X *(za plaćanje iz inozemstva)*
  + Model plaćanja: 67
  + Poziv na broj: *upisati OIB uplatitelja*
  + Opis plaćanja: UPISNINA

**Način preuzimanja Rješenja o upisu u Hrvatsku liječničku komoru:**

* **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

*(navesti mjesto) (navesti datum)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(potpis podnositelja zahtjeva)*

Hrvatska liječnička komora (dalje: HLK)iz Zagreba, Ulica Grge Tuškana 37, OIB 86676104888, službena info e-adresa: hlk@hlk.hr, kao voditelj obrade obrađuje Vaše osobne podatke u točno određene posebne svrhe.

Za obradu osobnih podataka potrebna nam je Vaša privola.

**IZJAVA**

**KOJOM SE DAJE PRIVOLA ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA**

Na temelju odredaba Opće uredbe o zaštiti podataka EU 2016/679 (GDPR) i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka,

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

ja,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime i prezime), OIB

dajem HLK privolu za obradu osobnih podataka upisanih u Imenik liječnika HLK-a u svrhu primanja obavijesti HLK o svim promotivnim aktivnostima koje provodi za svoje članove i to: o organizacijama stručnih skupova, o pogodnostima koje ugovara za članove kod poslovnih partnera, o obavijestima farmaceutske industrije o njihovim proizvodima i uslugama, akcijama, uputama i informacijama koji su ili mogu biti od posebnog interesa za članove HLK, o obavijesti o akcijama i događanjima koje organizira, ili koji su pod njenim pokroviteljstvom/sponzorstvom, te o anketama koje provedi samostalno ili u suradnji s drugim pravnim ili fizičkim osobama ili koje odluči samo proslijediti svojim članovima u ime i za račun drugih pravnih ili fizičkih osoba.

Ovaj posebni, informirani i nedvosmisleni pristanak na obradu osobnih podataka dajem dobrovoljno, a radi ispunjenja prethodno spomenute svrhe.

Potvrđujem kako sam upoznat s time da ova privola vrijedi do trenutka njenog povlačenja, osim ako je drugačije određeno primjenjivim propisima.

Potvrđujem kako sam upoznat s time da u bilo koje vrijeme danu privolu mogu povući i to bez bilo kakvih negativnih posljedica slanjem HLK odgovarajuće obavijesti elektroničkim putem ili poštom, sve sukladno Pravilima privatnosti HLK-a.

Potvrđujem kako sam upoznat s posljedicama koje za mene proizlaze povlačenjem privole.

Potvrđujem kako sam upoznat s time da povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade prije njezina povlačenja.

Potvrđujem da sam upoznat s Pravima privatnosti Hrvatske liječničke komore koja su u svakom trenutku dostupna na mrežnoj stranici Hrvatske liječničke komore.

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. godine

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

*(potpis)*