



## HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Vinogradska cesta 29 ■ 10 000 Zagreb ■ Tel: +385 1 3787906 ■ Fax: +385 1 3787244 ■ E-mail: hkzr@hkzr.hr ■ URL: www.hkzr.hr ■ OIB: 06195840134

POVJERENSTVU ZA EDUKACIJU I TRAJNO USAVRŠAVANJE

# ZAHTJEV ZA VREDNOVANJE TRAJNOG USAVRŠAVANJA U ORGANIZACIJI VANJSKOG ORGANIZATORA

### OPĆI DIO

NAZIV TRAJNOG USAVRŠAVANJA:	
-----------------------------	--

ORGANIZATORI:	
---------------	--

ODGOVORNA OSOBA <sup>1</sup> :				
ULICA:		KBR:		
GRAD:		POŠTANSKI BROJ:		
TELEFON:		FAX:		MOBITEL:
E-MAIL:				

POTPISNIK UGOVORA <sup>2</sup> :				
ULICA:		KBR:		
GRAD:		POŠTANSKI BROJ:		
TELEFON:		FAX:		MOBITEL:
E-MAIL:				

### MJESTO I VRIJEME ODRŽAVANJA

MJESTO ODRŽAVANJA:			
ULICA:		KBR:	
GRAD:		DRŽAVA:	
DATUM ODRŽAVANJA:		TRAJANJE (DANA):	

### FINANCIJSKI UVJETI

KOTIZACIJA:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	IZNOS KOTIZACIJE	
POTPISAN UGOVOR O MEĐUSOBNIM PRAVIMA I OBAVEZAMA:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	PREDVIĐEN BROJ SUDIONIKA	
UGOVOR VRIJEDI DO:			

<sup>1</sup> Odgovorna osoba za organizatora

<sup>2</sup> Naziv i odgovorna osoba za potpisnika ugovora



## HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Vinogradska cesta 29 ■ 10 000 Zagreb ■ Tel: +385 1 3787906 ■ Fax: +385 1 3787244 ■ E-mail: hkzr@hkzr.hr ■ URL: www.hkzr.hr ■ OIB: 06195840134

<b>STRUČNI DIO</b>	<b>Vrsta stručnog usavršavanja</b>
--------------------	------------------------------------

<input type="checkbox"/> KONGRES	<input type="checkbox"/> SIMPOZIJ	<input type="checkbox"/> KONFERENCIJA
<input type="checkbox"/> DOMAĆI	<input type="checkbox"/> DOMAĆI S MEĐUNARODNIM SUDJ.	<input type="checkbox"/> MEĐUNARODNI
PRILOZI(obvezni):	<input type="checkbox"/> Program stručnog skupa <input type="checkbox"/> Originalni primjerak potvrđnice organizatora <input type="checkbox"/> Tiskani materijal: knjigu sažetaka/radova	

<input type="checkbox"/> TEČAJ PRVE KATEGORIJE	<input type="checkbox"/> TEČAJ DRUGE KATEGORIJE	<input type="checkbox"/> TEČAJ TREĆE KATEGORIJE
<input type="checkbox"/> BEZ MEĐUNARODNOG SUDJELOVANJA	<input type="checkbox"/> S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM	
PRILOZI(obvezni):	<input type="checkbox"/> Popis voditelja tečaja i predavača <input type="checkbox"/> Program sa satnicom <input type="checkbox"/> Sažetke predavanja i vježbi <input type="checkbox"/> Originalni primjerak potvrđnice organizatora <input type="checkbox"/> Ispitni obrazac za pisanu provjeru znanja polaznika tečaja <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Ispitni/evaluacijski obrazac za usmenu provjeru znanja polaznika tečaja <input type="checkbox"/> Reference voditelja tečaja	

<b>STRUČNI SASTANAK U ORGANIZACIJI VANJSKOG ORGANIZATORA</b>	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Sažetke predavanja i/ili vježbi i/ili demonstracija <input type="checkbox"/> Originalni primjerak potvrđnice organizatora

<b>STUDIJSKI BORAVAK S MENTOROM</b>	<input type="checkbox"/> u Hrvatskoj	<input type="checkbox"/> u inozemstvu
PRILOZI(obvezni):	Originalni primjerak potvrde mentora i predstavnika ustanove	

<b>E-LEARNING</b>	
PRILOZI(obvezni):	<input type="checkbox"/> Popis voditelja edukacije putem elektroničkih medija i predavača <input type="checkbox"/> Sažetke predavanja i/ili vježbi i/ili demonstracija <input type="checkbox"/> Ispitni obrazac za pisanu provjeru znanja polaznika tečaja <input type="checkbox"/> Originalni primjerak potvrđnice organizatora

Zahtjev za vrednovanje trajnog usavršavanja u organizaciji vanjskog organizatora i svi potrebni prilozi moraju biti potpisani i ovjereni od strane vanjskog organizatora koji predaje zahtjev za vrednovanje.

Izjavljujem u ime vanjskog organizatora trajnog usavršavanja i u svoje osobno ime da su svi podaci navedeni u Zahtjevu za vrednovanjem trajnog usavršavanja točni i istiniti što potvrđujem pečatom i vlastoručnim potpisom.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ g. \_\_\_\_\_

Potpis odgovorne osobe

<sup>3</sup> Obavezno samo za tečaj prve kategorije