

**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

**ZAHTEJEV ZA UČLANJENJE U HRVATSKU KOMORU ZDRAVSTVENIH RADNIKA**

VRSTA ČLANSTVA		
Označite sa (X) vrstu članstva	<input type="checkbox"/> Obvezan član Komore	<input type="checkbox"/> Dobrovoljan član Komore

OSOBNI PODACI							
Ime							
Prezime						Spol	
Datum rođenja						Mjesto rođenja	
	Dan	Mjesec	Godina				
Djevojačko prezime						OIB	
Ime oca						Ime majke	
Državljanstvo							

ADRESA STANOVANJA				
Ulica i broj			Mjesto	
Županija			Poštanski broj	
<sup>1</sup> Telefon			<sup>1</sup> Mobitel	
<sup>1</sup> E-mail				

PODACI O ZAPOSLENJU									
Naziv ustanove									
Ulica i broj									
Mjesto					Poštanski broj				
Djelatnost koju obavljate	Djelatnost sanitarnog inženjerstva			Djelatnost zdravstveno-radiološke tehnologije			Djelatnost radne terapije		Medicinsko-laboratorijska djelatnost
Naziv radnog mjesta				Godina početka radnog odnosa u ustanovi					
<sup>1</sup> Telefon		<sup>1</sup> Fax		<sup>1</sup> Mobitel					
<sup>1</sup> E-mail				Vlasnik privatne prakse (označite s x)				Da	Ne

PODACI O OBRAZOVANJU									
Označite s (x) najviši stupanj obrazovanja te navedite naziv i adresu ustanove pri kojoj je obrazovanje završeno	Srednjoškolsko obrazovanje								
	Dodiplomski stručni studij		Dvogodišnji studij						
	Dodiplomski sveučilišni studij		Trogodišnji studij						
	Dodiplomski sveučilišni studij								
	Diplomski stručni studij								
	Diplomski sveučilišni studij								
	Postdiplomski stručni studij								
Postdiplomski sveučilišni studij									
Datum završetka najvišeg stupnja obrazovanja								Mjesto	
	Dan	Mjesec	Godina						
Broj dokumenta									
Broj uvjerenja o položenom stručnom ispitu									
Datum uvjerenja								Mjesto polaganja	
	Dan	Mjesec	Godina						

ČLANSTVO U STRUČNIM UDRUŽENJIMA	
Domaća	
Inozemna	

<sup>1</sup> Suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda Hrvatske komore zdravstvenih radnika s članovima.

U prilogu ovog zahtjeva priložite potrebne dokumente, potvrdu o uplati upisnine i kopiju izjave o suglasnosti.

Podnositelj zahtjeva

Mjesto i datum

---

---