

**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

ZAHTEJ ZA UPIS U REGISTAR ČLANOVA HRVATSKE KOMORE 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	Dan	Mjesec	Godina	Mjesto i država rođenja		
Djevojačko prezime				OIB		
Ime oca				Ime majke		
Državljanstvo						

ADRESA STANOVANJA					
Ulica i broj			Mjesto		
Županija			Pošanski broj		
¹ Telefon			¹ Mobitel		
¹ E-mail					

PODACI O ZAPOSLENJU									
Naziv ustanove									
Ulica i broj									
Mjesto				Pošanski 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					
¹ Telefon	¹ Fax	¹ Mobitel							
¹ 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							
		Trogodišnji studij							
	Dodiplomski sveučilišni studij								
	Diplomski stručni studij								
	Diplomski sveučilišni studij								
	Postdiplomski stručni studij								
	Postdiplomski sveučilišni studij								
Akademski ili stručni naziv									
Datum završetka najvišeg stupnja obrazovanja	Dan	Mjesec	Godina	Mjesto					
Broj dokumenta									
Broj uvjerenja o položenom stručnom ispitu									
Datum uvjerenja	Dan	Mjesec	Godina	Mjesto polaganja					

ČLANSTVO U STRUČNIM UDRUŽENJIMA	
Domaća	
Inozemna	

¹ Suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda Hrvatske komore zdravstvenih radnika s članstvom.

* Članovi koji ne rade na poslovima djelatnosti, koji obavljaju djelatnost izvan RH, nezaposleni ili u mirovini.

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

Podnositelj zahtjeva

Mjesto i datum