



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb ◊ Fax: +385 1 7980 350 ◊ E-mail: hkzr@hkzr.hr ◊ URL: www.hkzr.hr ◊ OIB: 06195840134

Prijava za ispit provjere znanja ili stručnosti

Ime i prezime: _____

Datum, mjesto i država rođenja: _____

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prebivalište i adresa stanovanja: _____

Ustanova zaposlenja: _____

e-mail: _____

tel/mob: _____

Naziv Strukovnog razreda unutar HKZR čiji ste član: _____

Šifra člana: _____

Završeni stupanj stručne spreme i struka:

Područje rada (navesti precizno) _____

U _____, dana _____

Potpis podnositelja prijave

Originalni, vlastoručno potpisan obrazac dostavlja se HKZR, pp. 191, 10000 Zagreb