



## HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb • Fax: 1 285 1 7980 350 • E-mail: hkzr@hkzr.hr • URL : www.hkzr.hr • OIB: 06195840134

### ZAHTJEV ZA ISPIS IZ REGISTRA

OSOBNI PODACI:				
IME:				
PREZIME:				
OIB:				
ADRESA				
ČLANSKI BROJ :				
STRU KOVNI RAZRED:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SANITARNOG INŽENJERSTVA	ZDRAVSTVENO- RADIOLOŠKE TEHNOLOGIJE	RADNE TERAPIJE	MEDICINSKO- LABORATORIJSKA DJELATNOST

PODACI O ZAPOSLENJU	
NAZIV USTANOVE:	
MJESTO:	
ULICA, POŠTANSKI BROJ:	

RAZLOG PREDAJE ZAHTJEVA ZA ISPIS IZ REGISTRA	
SMRT	
ODLAZAK U MIROVINU	
OSOBNI ZAHTJEV ČLANA TEMELJEM NASTUPJELIH ZAKONSKIH PRED UVJETA (upisati razloge)	
OSTALO (upisati razloge)	

U slučaju smrti zahtjev podnosi član obitelji

ZAHTJEVU PRILAŽEM:

Uz Zahtjev za ispis iz registra Komore članovi su dužni dostaviti:

- Dokaz o svom statusu – razlogu Zahtjeva za ispis (smrtni list, rješenje o umirovljenju, i dr.)

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_  
Potpis

Potpisani obrazac u originalu dostavlja se u ured Hrvatske Komore zdravstvenih radnika.