



## 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

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_ DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_ ADRESA PREBIVALIŠTA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ ČLANSKI BROJ \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA \_\_\_\_\_ BROJ MOBITELA \_\_\_\_\_

NAZIV I ADRESA USTANOVE ZAPOSLENJA \_\_\_\_\_

DJELATNOST (zaokružiti)

1. DJELATNOST SANITARNOG INŽENJERSTVA
2. ZDRAVSTVENO RADIOLOŠKO-TEHNOLOŠKA DJELATNOST
3. DJELATNOST RADNE TERAPIJE
4. MEDICINSKO-LABORATORIJSKA DJELATNOST

STRUČNA KVALIFIKACIJA \_\_\_\_\_

### ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O TRENUTNOM PROFESIONALNOM STATUSU

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe edukacije ili rada u (navesti grad i državu): \_\_\_\_\_

Način preuzimanja potvrde (zaokružiti i napisati):

1. osobno
2. putem pošte na adresu \_\_\_\_\_

Zahtjevu prilažem:

1. Dokaz o uplati iznosa naknade troškova izdavanja potvrde – iznos se uplaćuje na žiro račun Strukovnog razreda koji izdaje potvrdu:

- IBAN SR DRT: HR9523400091510431400
- IBAN SR ZRTD: HR3623400091510431395
- IBAN SR MLD: HR7223400091510431426
- IBAN SR DSI: HR9823400091510431346

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ostalo)

**Molim Naslov da mi ovu potvrdu izda u roku od 8 dana ( žurni postupak izdavanja): DA / NE**  
(zaokružiti)

U \_\_\_\_\_

(mjesto i datum)

\_\_\_\_\_ (potpis podnositelja zahtjeva)

**NAPOMENA:** Ova Potvrda se izdaje u općem upravnom roku od 30 dana od dana primitka zahtjeva, sukladno odredbama Zakona o općem upravnom postupku („Narodne novine“ br. 47/09), osim u slučaju potrebe za izdavanjem u kraćem roku.

Sukladno Cjeniku usluga Hrvatske komore zdravstvenih radnika vezano uz priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija naknada za izdavanje potvrde o trenutnom profesionalnom statusu uplaćuje se u iznosu od 100,00 kn za redovni postupak, te 200,00 kn za žurni postupak. Naknada se uplaćuje na žiro račun Strukovnog razreda HKZR koji izdaje potvrdu.