



**ZAMOLBA ZA IZDAVANJEM DUPLIKATA ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD
I/ILI ČLANSKE ISKAZNICE**

IME: _____

PREZIME: _____

STRU KOVNI RAZRED: _____

1) IZDAVANJE DUPLIKATA ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

RAZLOG:

- IZGUBLJENA/UNIŠTENA
- PROMJENA IMENA/PREZIMENA
- PROMJENA STUPNJA OBRAZOVANJA
- OSTALO _____

2) IZDAVANJE ČLANSKE ISKAZNICE

RAZLOG:

- IZGUBLJENA/UNIŠTENA
- PROMJENA IMENA/PREZIMENA
- PROMJENA STUPNJA OBRAZOVANJA
- OSTALO _____

Sukladno Odluci Vijeća Hrvatske komore zdravstvenih radnika o naknadama za izdavanje duplikata odobrenja za samostalan rad i članskih iskaznica donesenoj na 28.sjednici Vijeća održanoj 20.prosinca 2011.g. naknada za izdavanje duplikata Odobrenja za samostalan rad iznosi 50,00kn, a naknada za izdavanje članske iskaznice iznosi 90,00kn.

Iznos se uplaćuje na račun Strukovnog razreda Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Vinogradska 29,10 000 Zagreb, poziv na broj odobrenja je OIB uplatitelja.

2340009-1510431426 Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku dijagnostiku
2340009-1510431346 Strukovni razred za djelatnost sanitarnog inženjerstva
2340009-1510431395 Strukovni razred za zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost
2340009-1510431400 Strukovni razred za djelatnost radne terapije

Potpisani zahtjev uz presliku uplatnice dostavlja se na adresu Hrvatska komora zdravstvenih radnika p.p.263 10 000 Zagreb.

Mjesto i datum

Potpis podnositelja zahtjeva
