



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

Obrazac 08/21

Mjesto i datum:

IZJAVA

o prihvatanju kandidature za člana Sudova Hrvatske komore zdravstvenih radnika

Podaci o kandidatu:

1. Ime i prezime, OIB:

2. Adresa stanovanja:

3. Strukovni razred:

4. Naziv poslodavca:

Ovime izjavljujem da sam član/članica Hrvatske komore zdravstvenih radnika i da posjedujem važeće odobrenje za samostalan rad te da prihvaćam kandidaturu za člana Sudova Hrvatske komore zdravstvenih radnika.
