

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (magistar farmacije, specijalizacija)

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TEL/MOB _____

ZAPOSLEN/A U _____

ADRESA ZAPOSLENJA _____ BROJ TEL _____

LICENCNO RAZDOBLJE od _____ do _____

ZAHTJEV ZA OBNAVLANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

Molim Naslov da mi sukladno odredbama članka 21. i 22. Pravilnika o uvjetima za davanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad magistara farmacije obnovi Odobrenje za samostalan rad, budući da sam ispunio/la sve propisane uvjete.

U _____

(navesti mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)