

IME I PREZIME _____

OIB ILI DATUM ROĐENJA _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

**ZAHTJEV ZA POLAGANJE ISPITA KOMPETENTNOSTI
U POSTUPKU PRIZNAVANJA INOZEMNE STRUČNE KVALIFIKACIJE**

Podnosim zahtjev za polaganje Ispita provjere kompetentnosti u postupku priznavanja inozemne stručne kvalifikacije koji se vodi pred Hrvatskom ljekarničkom komorom pod brojem KLASA:

_____.

Ispit polažem _____ put.

Ispit želim polagati na ispitnom roku dana _____.

Zahtjevu prilažem dokaz o uplati naknade za provođenje ispita (*priložiti*).

Napomena: Naknadu za ispit u iznosu od 530,89 EUR potrebno je uplatiti na IBAN: HR8523600001101243041, najkasnije tri (3) dana prije održavanja ispita.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis)