



PRISTUPNICA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

ZAHTJEV ZA UČLANJENJE U HRVATSKU KOMORU MEDICINSKIH SESTARA

IME:	
PREZIME:	
DJEVOJAČKO PREZIME:	
MOLIM UČLANJENJE KAO:	☐ OBVEZAN ČLAN KOMORE ☐ DOBROVOLJAN ČLAN KOMORE

DATUM ROĐENJA:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DAN</td><td>MJESEC</td><td>GODINA</td><td colspan="5"></td></tr></table>									DAN	MJESEC	GODINA						MJESTO ROĐENJA:	
DAN	MJESEC	GODINA																	
OIB:																			
IME OCA:					IME MAJKE:														
DRŽAVLJANSTVO:																			

ADRESA STANA:

ULICA :		KBR:							
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:							
TELEFON*:		MOBITEL*:							
E-MAIL*:									

PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:									
ULICA :		KBR:							
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:							
TELEFON*:		FAX*:					MOBITEL*:		
E-MAIL*:		VLASNIK PRIVATNE PRAKSE:	☐ DA ☐ NE						
TIM ZDRAVSTVENE NJEGE:	☐ VODITELJ TIMA ZDRAVSTVENE NJEGE ☐ ČLAN TIMA ZDRAVSTVENE NJEGE								

PODACI O ZAVRŠENOM SESTRINSKOM STUDIJU (ŠKOLOVANJU):

OZNAČITI:	☐ DIPLOMA ☐ SVJEDODŽBA																		
DATUM ZAVRŠETKA:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DAN</td><td>MJESEC</td><td>GODINA</td><td colspan="5"></td></tr></table>									DAN	MJESEC	GODINA						MJESTO:	
DAN	MJESEC	GODINA																	
BROJ DOKUMENTA:		ŠKOLA:																	
BROJ UVJERENJA O POLOŽENOM STRUČNOM ISPITU:																			
DATUM UVJERENJA:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DAN</td><td>MJESEC</td><td>GODINA</td><td colspan="5"></td></tr></table>									DAN	MJESEC	GODINA						MJESTO POLAGANJA:	
DAN	MJESEC	GODINA																	
EDUKACIJA ZA KONTROLU KVALITETE:	☐ DA ☐ NE																		
DRUGE VRSTE USAVRŠAVANJA:																			

Prilog: Ovjerenje preslike potrebnih dokumenata (Domovnica, Uvjerenje o položenom stručnom ispitu, Svjedodžba ili Diploma)

*Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda HKMS sa članstvom.

Datum:

Potpis