



## PRISTUPNICA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA  
ZAHTEJ ZA UPIS U REGISTAR HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA  
RADI IZDAVANJA ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD

IME:	
PREZIME:	
DJEVOJAČKO PREZIME:	
MOLIM UČLANJENJE KAO:	<input type="checkbox"/> OBVEZAN ČLAN KOMORE <input type="checkbox"/> DOBROVOLJAN ČLAN KOMORE

DATUM ROĐENJA:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><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 colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">MJESTO ROĐENJA:</td></tr></table>											DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO ROĐENJA:					
DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO ROĐENJA:																	
OIB:																					
IME OCA:		IME MAJKE:																			
DRŽAVLJANSTVO:																					

### ADRESA STANA:

ULICA :		KBR:							
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
TELEFON*:		MOBITEL*:							
E-MAIL*:									

### PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:									
ULICA :		KBR:							
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
TELEFON*:		FAX*:		MOBITEL*:					
E-MAIL*:		VLASNIK PRIVATNE PRAKSE:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE						
PODRUČJE DJELATNOSTI									

### PODACI O ZAVRŠENOM SESTRINSKOM STUDIJU (ŠKOLOVANJU):

OZNAČITI:	<input type="checkbox"/> DIPLOMA <input type="checkbox"/> SVJEDODŽBA																				
DATUM ZAVRŠETKA:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><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 colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">MJESTO:</td></tr></table>											DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO:					
DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO:																	
BROJ DOKUMENTA:		ŠKOLA:																			
BROJ UVJERENJA O POLOŽENOM STRUČNOM ISPITU:																					
DATUM UVJERENJA:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><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 colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">MJESTO POLAGANJA:</td></tr></table>											DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO POLAGANJA:					
DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO POLAGANJA:																	
EDUKACIJA ZA KONTROLU KVALITETE:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE																				
DRUGE VRSTE USAVRŠAVANJA:																					

Prilog: Ovjerenje preslike potrebnih dokumenata (Dokaz o državljanstvu, Uvjerenje o položenom stručnom ispitu ukoliko nije završen integrirani preddiplomski i diplomski studij Sestrinstva ili srednjoškolsko obrazovanje za stjecanje kvalifikacije medicinska sestra/ medicinski tehničar opće njege, Svjedodžba ili Diploma)

\*Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda HKMS sa članstvom. Privolu za korištenje ovih podataka mogu povući u svakom trenutku pisanim putem.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Potpis