



PRISTUPNICA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA
ZAHTEJ ZA UČLANJENJE U HRVATSKU KOMORU MEDICINSKIH SESTARA

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

DATUM ROĐENJA:						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:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE				
TIM ZDRAVSTVENE NJEGE:	<input type="checkbox"/> VODITELJ TIMA ZDRAVSTVENE NJEGE <input type="checkbox"/> ČLAN TIMA ZDRAVSTVENE NJEGE						

PODACI O ZAVRŠENOM SESTRINSKOM STUDIJU (ŠKOLOVANJU):

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

Prilog: Ovjere prelike potrebnih dokumenata (Domovnica, Uvjerjenje 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. Privolu za korištenje ovih podataka mogu povući u svakom trenutku pisanim putem.

Datum:

Potpis