

ZAHTEJ ZA IZDAVANJE ČLANSKE ISKAZNICE HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

IME:	
PREZIME:	
EVIDENCIJSKI BROJ:	

ADRESA STANA:

ULICA :		KBR:						
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>					
TELEFON*:	FAX*:	MOBITEL*:						
E-MAIL*:								

PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:								
ULICA :		KBR:						
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>					

RAZLOG IZDAVANJA ČLANSKE ISKAZNICE

RAZLOG:	NAKNADNO IZDAVANJE ČLANSKE ISKAZNICE
	PROMJENA OSOBNIH PODATAKA
	ZAMJENA POSTOJEĆE ČLANSKE ISKAZNICE ZBOG OŠTEĆENJA
	GUBITAK ČLANSKE ISKAZNICE
	OSTALO (navesti):

odgovarajuće označiti s X

Ovim putem molim naslov da mi izda / zamijeni člansku iskaznicu sukladno gore navedenim podacima.

U _____, dana _____, Potpis _____

Popunjeni i potpisani obrazac dostavlja se u ured Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb, Maksimirska 111/2.

*Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka u svrhu povezivanja podataka u Registru HKMS.