

UR. BROJ (POPUNJAVA KOMORA)

IME I PREZIME OSNIVAČA

ADRESA STANOVANJA OSNIVAČA (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE MIŠLJENJA O OPRAVDANOSTI OSNIVANJA PRIVATNE PRAKSE – SPECIJALISTIČKE ORDINACIJE DENTALNE MEDICINE NA NOVOJ ADRESI

Molim cijenjeni naslov da mi izda mišljenje o opravdanosti osnivanja privatne prakse – specijalističke ordinacije dentalne medicine na novoj adresi:

NAZIV ORDINACIJE DENTALNE MEDICINE

STARA ADRESA (ULICA I KUĆNI BROJ)

NOVA ADRESA (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

POŠTANSKI BROJ I GRAD

Zahtjevu prilažem:

☐ dokaz o raspolaganju prostorom u koji će biti preseljena ordinacija dentalne medicine (vlasnički list, kupoprodajni ugovor, rješenje o nasljeđivanju, ugovor o zakupu prostora i sl.)

.....
(MJESTO I DATUM)

.....
(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA - OSNIVAČA)

