

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 SPECIJALISTIČKE PRAKSE – ORDINACIJE DENTALNE MEDICINE

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

NAZIV ORDINACIJE DENTALNE MEDICINE

ADRESA (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

Zahtjevu prilažem:

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

(MJESTO I DATUM)

(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA - OSNIVAČA)