

UR. BROJ (POPUNJAVA KOMORA)

IME I PREZIME OSNIVAČA

ADRESA STANOVANJA OSNIVAČA

POŠTANSKI BROJ I MJESTO STANOVANJA

ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE MIŠLJENJA O OPRAVDANOSTI PROŠIRENJA DJELATNOSTI ZDRAVSTVENE USTANOVE

Molim cijenjeni naslov da mi izda mišljenje o opravdanosti proširenja djelatnosti zdravstvene ustanove:

NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE

SJEDIŠTE ZDRAVSTVENE USTANOVE (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

DJELATNOST (npr. opća stomatologija, endodoncija, ortodoncija, parodontologija, pedodoncija, stomatološka protetika, oralna kirurgija, rtg-ortopan, ...)

NOVA DJELATNOST (npr. opća stomatologija, endodoncija, ortodoncija, parodontologija, pedodoncija, stomatološka protetika, oralna kirurgija, rtg-ortopan, ...)

Zahtjevu prilažem:

☐ dokaz o izvršenoj uplati za izdavanje mišljenja Komore

(MJESTO I DATUM)

(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA - OSNIVAČA)