

UR. BROJ (POPUNJAVA KOMORA)

IME I PREZIME OSNIVAČA

OIB

ADRESA STANOVANJA OSNIVAČA (ULICA I KUĆNI BROJ)

BROJ TELEFONA

POŠTANSKI BROJ I GRAD

ZAHTJEV

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE MIŠLJENJA O OPRAVDANOSTI OSNIVANJA PRIVATNE PRAKSE – DENTALNOG LABORATORIJA NA NOVOJ ADRESI

Molim cijenjeni naslov da mi izda mišljenje o opravdanosti osnivanja privatne prakse – dentalnog laboratorija na novoj adresi:

NAZIV DENTALNOG LABORATORIJA

STARA ADRESA DENTALNOG LABORATORIJA (ULICA I KUĆNI BR.)

NOVA ADRESA DENTALNOG LABORATORIJA (ULICA I KUĆNI BR.)

POŠTANSKI BROJ I MJESTO

POŠTANSKI BROJ I MJESTO

Zahtjevu prilažem:

☐ dokaz o raspolaganju prostorom u koji će biti preseljen dentalni laboratorij (vlasnički list, kupoprodajni ugovor, rješenje o nasljeđivanju, ugovor o zakupu prostora i sl.)

(MJESTO I DATUM)

(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA - OSNIVAČA)