

UR. BROJ (POPUNJAVA KOMORA)

IME I PREZIME OSNIVAČA

OIB

BROJ TELEFONA

ADRESA STANOVANJA OSNIVAČA (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

ZAHTJEV

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE MIŠLJENJA O OPRAVDANOSTI OSNIVANJA ZDRAVSTVENE USTANOVE NA NOVOJ ADRESI

Molim cijenjeni naslov da mi izda mišljenje o opravdanosti osnivanja zdravstvene ustanove na novoj adresi:

NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE

STARO SJEDIŠTE ZDRAVSTVENE USTANOVE (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

NOVO SJEDIŠTE ZDRAVSTVENE USTANOVE (ULICA I KUĆNI BROJ)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

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

Zahtjevu prilažem:

- ☐ dokaz o raspolaganju prostorom u kojem će biti osnovana zdravstvena ustanova (vlasnički list, kupoprodajni ugovor, rješenje o nasljeđivanju, ugovor o zakupu prostora i sl.);
- ☐ dokaz o izvršenoj uplati za izdavanje mišljenja Komore

(MJESTO I DATUM)

(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA - OSNIVAČA)