

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 PODRUŽNICE ZDRAVSTVENE USTANOVE

Molim cijenjeni naslov da mi izda mišljenje o opravdanosti osnivanja podružnice zdravstvene ustanove:

NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE

SJEDIŠTE ZDRAVSTVENE USTANOVE (ULICA I KUĆNI BROJ)

SJEDIŠTE PODRUŽNICE ZDRAVSTVENE USTANOVE (ULICA I KUĆNI BR.)

POŠTANSKI BROJ I GRAD

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 podružnica zdravstvene ustanove (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)