

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 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 dentalna medicina, endodoncija, ortodoncija, parodontologija, pedodoncija, dentalna protetika, oralna kirurgija, rtg-ortopan,...)

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

Zahtjevu prilažem:

☐ dokaz o izvršenoj uplati za izdavanje mišljenja Komore

(MJESTO I DATUM)

(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA - OSNIVAČA)