

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
IME I PREZIME		ADRESA STANOVANJA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	BROJ TELEFONA		BROJ MOBITELA
<input type="text"/>			
PODACI O ZAPOSLENJU (NAZIV I ADRESA POSLODAVCA)			

Na temelju članka 22. Pravilnika o registrima komore dentalne medicine podnosim ovaj

ZAHTJEV

ZA BRISANJEM IZ REGISTRA DOKTORI DENTALNE MEDICINE

Zahtjev podnosim zbog:

- ☐ odlaska u mirovinu
- ☐ obavljanja druge djelatnosti
- ☐ ostalo

Zahtjevu prilažem sljedeću dokumentaciju:

- ☐ originalno odobrenje za samostalan rad (licencu)
- ☐ originalno rješenje o izdavanju odobrenja za samostalan rad (licence)
- ☐ člansku iskaznicu
- ☐ kopiju rješenja o odlasku u mirovinu
- ☐ dokaz da ne obavljam djelatnost dentalne medicine

Na temelju odredbi Opće EU Uredbe o zaštiti podataka i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka suglasan/na sam da se moji podaci prikupljaju, koriste i obrađuju u svrhu koja je izričito navedena, zbog potrebe izrade statističkih izvješća i u skladu sa zakonom.

.....
(MJESTO I DATUM)

.....
(POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA)