

Podaci o podnositelju zahtjeva:

IME I PREZIME _____

ADRESA _____

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA
Šubićeva 10
10000 Zagreb

IZJAVA

Ovim ja , niže potpisani izjavljujem da sam se tijekom 10 godina bavio područjem Traumatologije kao užom specijalnošću.

Ova se izjava daje za potrebe izdavanja prethodnog mišljenja Hrvatske liječničke komore o priznavanju statusa specijalnosti iz uže specijalnosti traumatologije.

POTPIS

U _____, _____20__ godine