



**KOMORA MEDICINSKIH SESTARA – TEHNIČARA
HERCEGOVAČKO NERETVANJSKE ŽUPANIJE/KANTONA**

Ul. Hrvatskih branitelja b.b. 88000 Mostar

tel: +387 36 335-528, fax: +387 36 335-532, e-mail: kmst.hnzk@gmail.com

**ZAHTJEV ZA UPIS U REGISTAR ČLANOVA KMS-T HNŽ/K
IZDAVANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD – LICENCE**

| | |
|---|--|
| IME I PREZIME | |
| IME JEDNOG RODITELJA | |
| DJEVOJAČKO PREZIME | |
| DATUM, MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA | |
| DRŽAVLJANSTVO | |
| JMBG | |
| ADRESA i MJESTO STANOVANJA | |
| POŠTANSKI BROJ | |
| KONTAKT TELEFON | |
| E -MAIL | |
| PODACI O ZAPOSLENJU Molimo zaokružite | <ul style="list-style-type: none">• Zaposlen/a• Nezaposlen/a |
| POSLODAVAC | <ul style="list-style-type: none">• Sjedište /• Naziv poslodavca /• Odjel/Klinika / |
| PODACI O ZAVRŠENOJ SSS | <ul style="list-style-type: none">• Mjesto /• Datum/• Broj diplome / |
| PODACI O ZAVRŠENOJ VŠS | <ul style="list-style-type: none">• Mjesto /• Datum /• Broj diplome / |
| PODACI O ZAVRŠENOJ VSS | <ul style="list-style-type: none">• Mjesto /• Datum /• Broj diplome / |
| MJESTO I DATUM POLAGANJA DRŽAVNOG ISPITA | |
| ČLANSTVO U DRUGIM UDRUŽENJIMA/UDRUGAMA | |
| SAGLASNOST/SUGLASNOST Molimo zaokružite | <ul style="list-style-type: none">• Saglasan/a – suglasan/na sam da mi se članarina odbija preko platne liste 5 KM |
| DATUM i POTPIS | Mostar, Potpis: |