

ZAHTEJ ZA PROMJENU I NADOPUNU PODATAKA U REGISTRU HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

- Promjena osobnih podataka (molimo priložiti presliku dokumenta kojim se dokazuje promjena podataka)

| | | | |
|-----------------|--|--------------------------------|--|
| IME: | | | |
| PREZIME: | | DJEVOJAČKO PREZIME: | |
| EV.BROJ: | | OIB: | |

- Promjena adrese stanovanja

ADRESA STANA:

| | | | | | | |
|------------------|--|------------------------|--|--|--|--|
| ULICA : | | KBR: | | | | |
| MJESTO: | | POŠTANSKI BROJ: | | | | |
| TELEFON*: | | MOBITEL*: | | | | |
| E-MAIL*: | | | | | | |

- Promjena mjesta zaposlenja

PODACI O ZAPOSLENJU:

| | | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| NAZIV USTANOVE: | | | | | |
| ULICA : | | KBR: | | | |
| MJESTO: | | POŠTANSKI BROJ: | | | |
| TELEFON*: | | FAX*: | | MOBITEL*: | |
| E-MAIL*: | | VLASNIK PRIVATNE PRAKSE: | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | |

- Promjena obrazovanja (molimo priložiti ovjerenu presliku ili original dokumenta kojim se dokazuje promjena podataka)

PODACI O ZAVRŠENOM SESTRINSKOM STUDIJU (ŠKOLOVANJU):

| | | |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| OZNAČITI: | <input type="checkbox"/> DIPLOMA | <input type="checkbox"/> SVJEDODŽBA |
| DATUM ZAVRŠETKA: | | MJESTO: |
| | DAN MJESEC GODINA | |
| BROJ DOKUMENTA: | | ŠKOLA: |

- Drugo

Molim naslov da mi u Registru Hrvatske komore medicinskih sestara promijene slijedeći podaci:

Preslike dokumenata ovjeriti može žigom i potpisom poslodavac, podružnica komore ili javni bilježnik
*Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda HKMS sa članstvom.

Datum:

Potpis