



PRISTUPNICA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA
ZAHTEJ ZA UČLANJENJE U HRVATSKU KOMORU MEDICINSKIH SESTARA

IME:	
PREZIME:	
DJEVOJAČKO PREZIME:	
MOLIM UČLANJENJE KAO:	<input type="checkbox"/> OBVEZAN ČLAN KOMORE <input type="checkbox"/> DOBROVOLJAN ČLAN KOMORE

DATUM ROĐENJA:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DAN</td><td>MJESEC</td><td colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">MJESTO ROĐENJA:</td></tr></table>											DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO ROĐENJA:					
DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO ROĐENJA:																	
OIB:																					
IME OCA:		IME MAJKE:																			
DRŽAVLJANSTVO:		NACIONALNOST:																			

ADRESA STANA:

ULICA :		KBR:							
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
TELEFON*:		MOBITEL*:							
E-MAIL*:									

PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:									
ULICA :		KBR:							
MJESTO:		POŠTANSKI BROJ:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
TELEFON*:		FAX*:		MOBITEL*:					
E-MAIL*:		VLASNIK PRIVATNE PRAKSE:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE						
TIM ZDRAVSTVENE NJEGE:	<input type="checkbox"/> VODITELJ TIMA ZDRAVSTVENE NJEGE <input type="checkbox"/> ČLAN TIMA ZDRAVSTVENE NJEGE								

PODACI O ZAVRŠENOM SESTRINSKOM STUDIJU (ŠKOLOVANJU):

OZNAČITI:	<input type="checkbox"/> DIPLOMA <input type="checkbox"/> SVJEDODŽBA																				
DATUM ZAVRŠETKA:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DAN</td><td>MJESEC</td><td colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">MJESTO:</td></tr></table>											DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO:					
DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO:																	
BROJ DOKUMENTA:		ŠKOLA:																			
BROJ UVJERENJA O POLOŽENOM STRUČNOM ISPITU:																					
DATUM UVJERENJA:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DAN</td><td>MJESEC</td><td colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">MJESTO POLAGANJA:</td></tr></table>											DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO POLAGANJA:					
DAN	MJESEC	GODINA		MJESTO POLAGANJA:																	
EDUKACIJA ZA KONTROLU KVALITETE:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE																				
DRUGE VRSTE USAVRŠAVANJA:																					
ČLANSTVO U DOMAĆIM I INOZEMNIM UDRUŽENJIMA:																					

Prilog: Ovjerenje preslike potrebnih dokumenata (Domovnica, Uvjerenje o položenom stručnom ispitu, Svjedodžba ili Diploma)
*Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda HKMS sa članstvom.

Datum:

Potpis