

**ZAHTJEV ZA POVLAČENJE/ VRAĆANJE I UNIŠTAVANJE FAKSIMILA ZBOG PRESTANKA PRUŽANJA
NEPOSREDNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (prestanak radnog odnosa u zdravstvenoj ustanovi)**

Šifra (broj faksimila) _____ koji se povlači / vraća službi Komore radi uništenja i stavljanja van upotrebe zbog prestanka pružanja neposredne zdravstvene zaštite ili dr.razloga propisanih Zakonom ili aktom Komore

Prezime: _____ Ime: _____

Ime jednog roditelja: _____

JMBG: _____

Zanimanje : _____

Zvanje (titula): _____

Specijalnost: _____

Uža specijalnost: _____

Broj licence: _____ Datum izdavanja licence: _____

Datum prestanka radnog odnosa _____

Naziv zdravstvene ustanove u kojoj prestaje radni odnos _____

Adresa stanovanja: _____

Telefon: _____ Mobilni telefon: _____

e-mail: _____

Datum popunjavanja podataka: _____

Napomena: Uz zahtjev priložiti kopiju ili potvrdu o prestanku radnog odnosa

- *Primjerak zapisnika Komisije o uništavanju faksimila dostavlja se podnosiocu čiji je faksimil uništen, isključivo na njegov zahtjev . Zapisnik se čuva trajno u arhivi Komore.*
- *Shodno Pravilniku o načinu o izdavanju, upotrebi i sadržini faksimila (Sl.list 3/16), Uputstvu o postupku i načinu izrade , načinu vođenja i sadržaju evidencije o faksimilu, uništavanju i stavljanju van upotrebe faksimila i Odluci o faksimilu br.229/16 **faksimil ima farmaceut koji neposredno pruža zdravstvenu zaštitu, za ovjeru medicinske dokumentacije.***

(M.P.)

(Farmaceut – potpis i faksimil)

(Rukovodilac ustanove)