



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb • Fax: +385 1 7980 350 • E-mail: hkzr@hkzr.hr • URL: www.hkzr.hr • OIB: 061958-1013-1

IME I PREZIME _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TELEFONA _____ BROJ MOBITELA _____

Na temelju Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) Hrvatske komore zdravstvenih radnika, dajem slijedeću

IZJAVU O POŠTIVANJU ETIČKIH I DEONTOLOŠKIH NAČELA

Ovim putem izjavljujem da sam u obavljanju (*zaokružiti*)

- Djelatnosti Sanitarnog inženjerstva
- Zdravstvene radiološko-tehnološke djelatnosti
- Radne terapije
- Medicinsko-laboratorijske djelatnosti

poštivao/la etička i deontološka načela struke.

Izjava se daje za potrebe izdavanja odobrenja za samostalan rad (licence).

(potpis podnositelja zahtjeva)

U _____
(navesti mjesto i datum)