

LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HNŽ/K
MEDICAL CHAMBER OF HERZEGOVINA – NERETVA CANTON
88000 MOSTAR, Ul.Dr. BARIŠE SMOLJANA br. 4

OBRAZAC ZA PRIVATNU PRAKSU

(ime i prezime)

(datum i mjesto rođenja)

(naziv i adresa ordinacije)

PRIVATAN RAD

1. PUNO RADNO VRIJEME (molimo zaokružite):

- *u vlastitom prostoru i na vlastitim sredstvima,*
- *kod drugog nosioca privatne prakse,*
- *u radnoj organizaciji.*

2. DOPUNSKI RAD (molimo zaokružite):

- *u vlastitom prostoru i na vlastitim sredstvima*
- *kod drugog nosioca privatne prakse*

• *Rješenje kantonalnog/županijskog Ministarstva za obavljanje privatne prakse(ukoliko ga već posjeduje) kod nosioca privatna prakse (dostaviti ovjerenu kopiju preslika u prilogu):*

(datum izdavanja)

(broj rješenja)

• *Grana medicine, specijalizacija kojom se bavi u privatnoj praksi, kratak opis medicinskih procedura koje obavlja u privatnoj praksi (kratak opis):*

• *Dijagnostička i terapijska sredstava, kao i oprema koju koristi u radu (kratak opis) :*

• *Radno vrijeme privatne ordinacije:*

Od _____ do _____

Saradnici/suradnici:

1. _____
(specijalnost)

2. _____
(specijalnost)

• Radno vrijeme po specijalnostima:

od _____ do _____
(radno vrijeme)

od _____ do _____
(radno vrijeme)

(mjesto i datum)

(potpis i pečat podnosioca obrasca)