

**PRIJAVNICA ZA SPECIJALISTIČKI ISPIT
U PODRUČJU MEDICINE RADA PO PRIJELAZNIM ODREDBAMA**

Ime i prezime: _____

OIB: _____ Članski broj: _____

Datum stjecanja prava na polaganje specijalističkog ispita: _____

Mjesto polaganja specijalističkog ispita:

Datum polaganja specijalističkog ispita:

Redni broj polaganja specijalističkog ispita:

Dostava elektroničkim putem

Jeste li suglasni da se dostava pismena u postupku po ovom zahtjevu vrši elektroničkim putem ? DA NE

U _____, dana _____ _____
(vlastoručni potpis)

Elektronički potpis:

Prilozi:

- potvrda o uplati naknade troškova polaganja specijalističkog ispita