**Hrvatska komora dentalne medicine/Croatia Dental Chamber**

**Predmet: Upitnik / Subject: Questionnaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci o obvezniku plaćanja na čiji se zahtjev pokreće postupak, odnosno provode radnje za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija /  Information on the payer at request of which the procedure is initiated, respectively the actions regarding the recognition of foreign professional qualifications are carried out | |
| Ime i prezime podnositelja zahtjeva /  Name and surname of the applicant |  |
| Adresa / Address |  |
| OIB/Personal identification number |  |
| Kontakt/Contact | Telefon/Telephone:  Mobitel/ Cell phone:  e-mail: |
| Naziv platitelja\*/Payer's name |  |
| Adresa platitelja/Payer's address | . |
| OIB platitelja/ Payer's personal identification number |  |
| Kontakt/Contact | Telefon/Telephone:  Mobitel/ Cell phone:  e-mail: |
| Račun poslati na adresu/  Billing address |  |

*Na temelju važećih propisa o zaštiti osobnih podataka suglasan/na sam da se moji podaci prikupljaju, koriste i obrađuju u okviru poslova Hrvatske komore dentalne medicine kao i zbog potrebe izrade statističkih izvješća u skladu sa zakonom. Prikupljeni podaci koristit će se i obrađivat za potrebe Komore i neće se prosljeđivati drugim osobama sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka.*

*I hereby agree to the processing of my personal data for statistical purposes and other legal purposes in accordance with the EU Directive 2016/679(General Data Protection Regulation) and and the Law on Implementation of General Data Protection Regulation.*

Podnositelj zahtjeva/Applicant

----------------------------

*Kako bi Ured za financijsko poslovanje nakon uplate moglo izdati račun platitelju na iznos uplaćenih troškova, potrebno je popuniti gore navedeni upitnik./*

*This questionnaire needs to be filled out in order that the Finance Department can issue the payer an invoice for the paid expenses.*

*\*u slučaju da platitelj nije i podnositelj zahtjeva, upisati naziv, adresu, OIB i podatke o kontaktima osobe, ustanove, ordinacije ili poduzeća koje će izvršiti plaćanje umjesto podnositelja zahtjeva./*

*\*in case when the payer is not the applicant, write the name, address, personal identification number and contact information of the person, institution, practice or company that will be paying the expenses instead of the applicant.*