

**Koordinacija hrvatske obiteljske medicine**  
Zagreb, Kutnjački put 4

**Pristupnica**

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Adresa ordinacije \_\_\_\_\_

Specijalizacija OM: DA NE

OIB: \_\_\_\_\_

Druga specijalizacija: \_\_\_\_\_

Vlasništvo ordinacije: privatna praksa djelatnik DZa

Vlasništvo prostora: DZ privatni ostalo

Tel./mob. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Potpis pristupnika \_\_\_\_\_

Mjesto i datum \_\_\_\_\_