

LJEKARSKA KOMORA ZENIČKO – DOBOJSKOG KANTONA
Bulevar kralja Tvrtka I br.4/2, ZENICA

IME I PREZIME _____

STRUČNA KVALIFIKACIJA (doktor medicine, specijalnost/uža specijalnost) _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TELEFONA _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POZITIVNOG MIŠLJENJA
O OBAVLJANJU POSLOVA DOPUNSKIM RADOM

Molim da mi u skladu sa članom 183. stav 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti F BiH (Službene novine F BiH broj 46/10 i 75/13) i članom 5. stav 3. alineja 6. Pravilnika o načinu, postupku i uvjetima obavljanja dopunskog rada zdravstvenih radnika u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi (Službene novine F BiH broj 60/12) izdate pozitivno mišljenje o obavljanju poslova dopunskim radom iz oblasti:

Uz zahtjev prilažem uplatu naknade za Ljekarsku komoru Zeničko-dobojskog kantona u iznosu od 50,00KM na TRN 3389002208042826.

1. Stručna kvalifikacija: _____

2. Oblast/Uža oblast: _____

Dopunski rad ću obavljati u:

(naziv zdravstvene ustanove)

(potpis podnosioca zahtjeva)

U _____
(navesti mjesto i datum)