

**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 član om 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 1542802011027159.**

1. Stručna kvalifikacija: \_\_\_\_\_

2. Oblast/Uža oblast: \_\_\_\_\_

Dopunski rad ću obavljati u:

\_\_\_\_\_

(naziv zdravstvene ustanove)

\_\_\_\_\_  
(potpis podnosioca zahtjeva)

U \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto i datum)