

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

Ime i prezime _____

Stručna kvalifikacija _____

Adresa _____

E-mail _____ Telefon _____

Zaposlen/a u _____

Na osnovu Pravilnika o sadržaju i izgledu Registra licenciranih članova Ljekarske/liječničke komore FBiH i kantonalnih/županijskih ljekarskih/liječničkih komora.

**ZAHTJEV ZA ISPIS IZ REGISTRA LJEKARA I
UKIDANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD (LICENCE)**

Obraćam Vam se zahtjevom za ispis iz Registra Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona te ukidanje odobrenja za samostalan rad (licence).

Navedeno zahtijevam zbog _____.

Molim da me, nakon uvida o izmirenju obaveza prema Komori, na lični zahtjev brišete iz Registra članova Ljekarske komore Zeničko - dobojskog kantona, zaključno sa danom _____

Zahtjevu prilažem (navesti/zaokružiti dokumente koji se prilažu):

1. **Odobrenje za samostalan rad (licencu) broj** _____
2. **Člansku iskaznicu**
3. **Potvrdu o plaćenju članarini**

(potpis podnosioca zahtjeva)

U _____
(navesti mjesto i datum)