

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 _____.

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)