

Obrazac Osnivanje privatne prakse

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 _____

Zaposlen/a u _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POZITIVNOG MIŠLJENJA O OPRAVDANOSTI
OSNIVANJE PRIVATNE PRAKSE

Molim da mi u skladu sa članom 162. stav 1. alineja 9. Zakona o zdravstvenoj zaštiti F BiH (Službene novine F BiH broj 46/10 i 75/13) i članom 58. stav 2. alineja 19. Pravilnika o uvjetima za obavljanje privatne prakse, grupne privatne prakse, kao i uvjetima za obavljanje privatne prakse na osnovu posebnog ugovora sa zdravstvenom ustanovom (Službene novine F BiH broj 104/13 i 16/14) izdate pozitivno mišljenje o opravdanosti osnivanja privatne prakse iz oblasti:

1. Stručna kvalifikacija: 1. dr. med. 2. dr. stom. (zaokružiti)

2. Oblast/Uža oblast: _____

Privatnu praksu ću osnovati te poslove navedenih oblasti obavljati u:

(mjesto i adresa obavljanja privatne prakse)

(potpis podnosioca zahtjeva)

U _____
(navesti mjesto i datum)