

Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona
Izvršni odbor Komore
Bulevar Kralja Tvrtka I 4
72000 Zenica

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POZITIVNOG MIŠLJENJA
O OPRAVDANOSTI OSNIVANJA PRIVATNE PRAKSE**
POLJA OZNAČENA ZVIJEZDICOM (*) SU OBAVEZNA POLJA

Ime i prezime *

Adresa stanovanja *

Stručna kvalifikacija *

Broj telefona i e-mail *

Ustanova zaposlenja *

Molim Vas da mi u skladu sa članom 1 62. stav 1. alineja 9. Zakona o zdravstvenoj zaštiti F BiH (Sl užbene 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 privatneprakse 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:

Stručna kvalifikacija *

Oblast/uža oblast *

Privatnu praksu ću osnovati,*
te poslove navedenih oblasti
obavljati u

adresa i mjesto obavljanja privatne prakse

Naziv privatne prakse *

Uz zahtjev prilažem:

☐ Ovjerenu fotokopiju Ugovora o korištenju poslovnog prostora/Ovjerenu fotokopiju ZK izvadka

☐ Potvrdu o uplati naknade u iznosu od 50,00KM, uplaćenu na TRN 1542802011027159

U _____, dana _____. godine

Vlastoručni potpis _____