

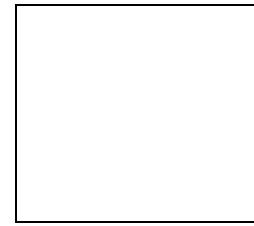
Име и презиме .....

Адреса становања .....

ЈМБГ .....

Датум и мјесто рођења .....

Држављанство .....



фотографија

**КОМОРА ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ  
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

Бања Лука, Првог крајишког корпуса 4/1

Tel/ 051-329-360, факс: 051/300-865

e-mail: [komoradmrs@blic.net](mailto:komoradmrs@blic.net)

[www.komoradoktorars.org](http://www.komoradoktorars.org)

Предмет: Захтјев за издавање лиценце за обављање професионалне дјелатности

Молим Комору доктора медицине да ми изда лиценцу за обављање професионалне дјелатности у складу са чланом 5. Закона о здравственим Коморама (Сл. Гласник бр. 35/03).

Уз захтјев прилажем:

1. Овјерену фотокопију дипломе Медицинског факултета
2. Овјерену фотокопију увјерења о положеном стручном испиту
3. Увјерење о пријави боравка – пребивалиште
4. Увјерење о држављанству
5. Овјерену фотокопију специјалистичког испита
6. Увјерење о стеченој академској титули
7. Потврду о извршеној уплати 200 КМ на жиро-рачун број:  
562-100-80006211-67, НЛБ Развојна банка  
551-720-22329579-54, Unicredit банка  
571-010-00001155-91, Комерцијална банка  
555-10000090855-70, Нова Банка Бања Лука
8. Двије фотографије

Лични подаци:

1. Име и презиме (име оца – дјевојачко презиме)

.....

2. Адреса становања – телефон, e-mail

.....

3. Адреса послодавца (назив установе, клиника, одјељење) – телефон .....

- .....
4. Датум и мјесто уписа Медицинског факултета.....
- .....
5. Број индекса.....
6. Датум и мјесто завршавања Медицинског факултета.....
- .....
7. Број дипломе Медицинског факултета.....
8. Стечене стручне титуле .....
9. Датум и врста додатно стеченог знања.....
- .....
10. Стечене академске титуле .....
11. Датум те подручје стечених академских титула и звања .....
- .....
12. Чланство у домаћим и иностраним љекарским удружењима .....
13. Начин вршења љекарске праксе .....
14. Подручје и мјесто обављања приватне љекарске праксе .....
15. . Датум почетка бављења приватном љекарском праксом .....
16. Датум престанка бављења приватном љекарском праксом .....

Изјављујем да су горе наведени подаци тачни, а документи које прилажем вјеродостојни те да нисам кривично кажњаван за дјела везана за обављање професионалне дјелатности.

У .....

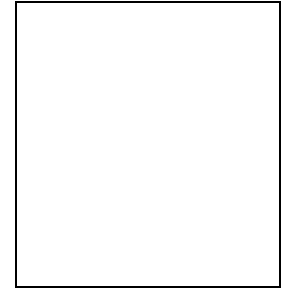
(мјесто и датум)

.....

(потпис подносиоца захтјева)



**Комора доктора медицине**  
Републике Српске



фотографија

Име и презиме: .....

Број лиценце: .....

**КОМОРА ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

Бања Лука, Првог крајишког корпуса 4/1

Tel/ 051-329-360, факс: 051/300-865

e-mail: [komoradmrs@blic.net](mailto:komoradmrs@blic.net)

[www.komoradoktorars.org](http://www.komoradoktorars.org)

**Захтјев за издавање чланске картице Коморе доктора медицине Републике Српске**

Лични подаци:

1. Адреса становања – телефон, e-mail: .....

2. Адреса послодавца (назив установе, клиника, одјељење) телефон: .....

3. Стечене стручне титуле: .....

4. Датум и врста додатно стеченог знања: .....

**Чланска картица је јавна исправа, којом се потврђује чланство у Комори доктора медицине Републике Српске. У случају оштећења, губика, нестанка картице, све трошкове поновног издавања чланске картице сноси лично члан у износу од 20 КМ на један од жиро-рачуна Коморе:**

- 562-100-80006211-67, НЛБ Развојна банка
- 551-720-22329579-54, Unicredit банка
- 571-010-00001155-91, Комерцијална банка
- 555-10000090855-70, Нова Банка Бања Лука

**Рок за израду нове картице је 30 дана од дана подношења захтјева за издавање.**

У .....

(мјесто и датум)

.....  
(потпис подносиоца захтјева)



**Комора доктора медицине**  
Републике Српске

Првог крајишког корпуса  
4/1, 78000 Бањалука  
Република Српска /БиХ  
Т +387 51 329 360  
Ф +387 51 300 865  
[www.komoradoktorars.org](http://www.komoradoktorars.org)  
ЈИБ 4401690160004  
komoradmrs@blic.net

## ИЗЈАВА

Ја \_\_\_\_\_, потврђујем овим путем да су сви подаци у  
Захтјеву за издавање карте тачни и да сам прије датог потписа овог Захтјева  
обавјештен о намјери кориштења личних података и дајем сагласност на обраду  
података у сврху издавања чланске карте.

У .....  
(мјесто и датум)

.....  
(потпис подносиоца захтјева)