

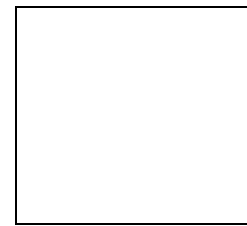
Име и презиме

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
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
562-100-80006211-67, НЛБ Развојна банка
551-720-22329579-54, Unicredit банка
571-010-00001155-91, Комерцијална банка
8. Двије фотографије
9. Радна дозвола
10. Потврда о извршеној уплати од 120 КМ, за чланарину у периоду од годину дана

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)