

Ime i prezime _____

Adresa prebivališta _____

JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum i mjesto rođenja _____ godine u _____

Naziv firme u kojoj
trenutno radim _____

Naziv i sjedište
apoteke (ulica i broj) _____

Broj telefona _____

E-mail _____

Broj odobrenja za
samostalan rad _____

**KANTONALNA FARMACEUTSKA KOMORA
ZENIČKO-DOBOJSKOG
KANTONA**

Komisiji za registar članstva i za izdavanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za
samostalan rad (licence)

**ZAHTJEV ZA OBNAVLJANJE ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD
(LICENCE)**

U skladu sa članom 147, 148 i 222 Zakona o zdravstvenoj zaštiti («Službene novine FBiH 46/10») i članom 10 i 11 Statuta Kantonalne farmaceutske komore Zeničko-dobojskog kantona, molim da mi se obnovi odobrenje za samostalan rad (licence).

Zahtjevu prilažem:

1. Obrazac o bodovanju za provjeru stručnog znanja magistra farmacije
2. Kopiju dokaza o stručnom usavršavanju
3. Kopiju prethodnog odobrenja za samostalan rad
4. Dokaz o izmirenim potraživanjima članarine

U _____, dana _____ godine

(potpis podnosioca zahtjeva)