

**KANTONALNA FARMACEUTSKA KOMORA
ZENIČKO-DOBOJSKOG
KANTONA**

Crkvice Aneks B bb, 72 000 Zenica, Bosna i Hercegovina

Tel./Fax: + 387 32 604 121 • Mob: 061 596 496

www.fkzdk.ba • mail@fkzdk.ba

Na osnovu Odluke Komisije za izdavanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad/licence br.____, upućujemo:

ZAHTJEV ZA ŠTAMPANJE LICENCE

Za mr.ph. _____

Lični podaci za podnosioca zahtjeva:

1. **Registarski broj magistra farmacije:**

2. **Ime i prezime:**

3. **Ime oca:**

4. **Datum i mjesto rođenja:**

5. **Broj lične karte:**

6. **JMBG:**

7. **Datum i mjesto diplomiranja:**

8. **Naziv fakulteta i broj diplome:**

9. **Datum i mjesto polaganja stručnog ispita:**

10. **Broj potvrde o položenom stručnom ispitu:**

11. **Datum polaganja specijalističkog ispita, datum sticanja primarijata:**

12. **Stručna i naučna zvanja: specijalizacija, primarijat, magisterij, doktorat (datum, mjesto i ustanova):**

Predsjednik Komisije za izdavanje,

obnavljanje i oduzimanje licence

Predsjednik Komore
