

LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HNŽ/K
Ul.Dr. Bariše Smoljana br. 4
88 000 Mostar

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POZITIVNOG MIŠLJENJA
ZA DOPUNSKI RAD

Ime i Prezime	
Kontakt tel./mob.	
E - mail	
Broj licence	
Specijalnost	
Mjesto stalnog zaposlenja	
Mjesto obavljanja dopunskog rada	
Priložena dokumenta	<ul style="list-style-type: none">▪ uplatnica od 50,00 KM▪ potvrda o plaćanju mjesečne članarine Komori▪ potvrda ustanove u kojoj će se obavljati dopunski rad▪ potvrda o dužini staža u zvanju specijaliste ili specijalistički ispit, magisterij znanosti

Podnosilac zahtjeva dužan je lično/osobno podnijeti zahtjev za izdavanje pozitivnog mišljenja za dopunski rad.

Mostar,.....201_ godina

Potpis i pečat podnosioca zahtjeva:
