

LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HERCEGOVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE/KANTONA
Ul. Dr. BARIŠE SMOLJANA br. 4
88 000 MOSTAR

ZAHTJEV ZA UČLANJENJE

IME (IME OCA) I

PREZIME: _____

DJEVOJAČKO PREZIME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

JMBG: _____

DRŽAVLJANSTVO: _____

ADRESA I MJESTO PREBIVALIŠTA: _____

BROJ LICENCE: _____

E- MAIL: _____

BROJ TELEFONA/MOBILNOG: _____

NAZIV I SJEDIŠTE USTANOVE

ZAPOSLENJA: _____

PODACI O DIPLOMIRANJU: _____

(mjesto, datum i broj diplome)

MJESTO I DATUM POLAGANJA DRŽAVNOG ISPITA: _____

MJESTO I DATUM POLAGANJA SPECIJALISTIČKOG ISPITA: _____

MJESTO I DATUM POLAGANJA SUBSPECIJALISTIČKOG ISPITA: _____

ČLANSTVO U DOMAĆIM I INOSTRANIM/INOZEMNIM UDRUŽENJIMA/UDRUGAMA:

Saglasan/suglasan sam da mi se članarina odbija preko platne liste od dana prijave u Komoru.

(mjesto i datum)

(potpis podnosioca zahtjeva)