



PRISTUPNICA
ČLANSTVU LJEKARSKOJ-LIJEČNIČKOJ KOMORI
KANTONA SARAJEVO

1. _____
(prezime /djevojačko prezime/ ime oca, ime akademsko zvanje)

2. _____
(dan, mjesec, godina rođenja, mjesto rođenja i državljanstvo)

3. Završio /la medicinski fakultet : _____
(dan, mjesec i godina)

4. Reg. broj univerzitetske diplome : _____

5. Stručni ispit položio /la : _____
(dan, mjesec , godina, mjesto i institucija, broj uvjerenja)

6. Specijalistički ispit položio /la : _____
(dan, mjesec , godina, mjesto i institucija, broj uvjerenja)

(navesti oblast)

7. Subspecijalistički ispit položio/la: _____
(dan, mjesec , godina, mjesto i institucija, broj uvjerenja)

(navesti oblast)

8. Magisterij : _____

(naziv teme magistarskog rada)

datum odbrane : _____ ; na Medicinskom fakultetu Univerziteta u _____

9. Doktorat : _____

(naziv teme doktorske disertacije)

datum odbrane : _____ ; na Medicinskom fakultetu Univerziteta u _____

10. Status: a) zaposlen b) nezaposlen c) penzioner d) napustio

11. Naziv i adresa

poslodavca _____

12. Adresa stanovanja broj telefona:

13. E-mail: _____

- Pristupnicom potvrđujem da ću dobrovoljno uplaćivati članarinu Ljekarskoj/Liječničkoj komori Kantona Sarajevo u iznosu 15KM:

a) lično b) putem platne liste

U Sarajevu, _____ 20 _____

Potpis _____