



**LJEKARSKA – LIJEČNIČKA KOMORA
KANTONA SARAJEVO**

Podaci o podnosiocu zahtjeva:

(naziv privatne prakse)

(adresa privatne prakse)

(JIB privatne prakse)

Ime i prezime odgovorne osobe:

Broj odobrenja za samostalan rad:

Adresa elektronske pošte (e-mail):

Broj telefona/mobitela:

Molim naslov da ovjeri cjenovnik zdravstvenih usluga.

Zahtjev podnosim zbog:

1. otvaranja privatne prakse (uplata u iznosu od 50 KM)
2. proširenje usluge uvođenjem novih dijagnostičkih i terapijskih zdravstvenih usluga u cjenovnik (uplata u iznosu od 30 KM)
3. promjene cijena zdravstvenih usluga (uplata u iznosu od 30 KM)

Zahtjevu prilažem:

1. Cjenovnik zdravstvenih usluga (četiri originalna primjerka)
2. Potvrdu uplate troškova
3. Ovjereno Rješenje o upisu u sudski registar (ukoliko se radi o PZU)
4. Ovjereno Rješenje od Ministarstva zdravstva (Federalnog ili Kantonalnog) kojim se odobravaju sve usluge, procedure i tehnologije u Vašoj privatnoj praksi.

(potpis podnosioca zahtjeva)

Sprečanska 5/III
71 000 Sarajevo
Bosna i Hercegovina

Tel.: +387 33 219-272
Tel./fax: +387 33 219-493
www.lkksa.ba; e-mail: info@lkksa.ba

ID: 4200540420002
ž.r. 1610000004110095
Raiffeisen bank