

LJEKARSKA-LIJEČNIČKA KOMORA KANTONA SARAJEVO
Bolnička 25
71000 Sarajevo

IME I PREZIME _____

DRŽAVLIANSTVO _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

ADRESA
 PREBIVALIŠTA _____

SPECIJALIZACIJA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA _____

NAZIV USTANOVE ZAPOSLENJA _____

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE
 POTVRDE O NEKAŽNJAVANJU
 (Certificate of Good Standing)**

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (zaokružiti i navesti državu):

1. edukacije u _____

2. rada u _____

Zahtjevu je potrebno priložiti:

1. **Dokaz o uplati troškova izrade potvrde** – iznos od 30 KM se uplaćuje na žiro račun Ljekarska-Liječničke komore Kantona Sarajevo: 161 000 000 411 00 95 (Raiffeisen bank).

U _____
 (navesti mjesto i datum)

 (potpis podnosioca zahtjeva)

*Odlukom Upravnog odbora Ljekarske-Liječničke komore Kantona Sarajevo od 24.10. 2014.g. izdavanje ove Potvrde za članove se naplaćuje; naknada za izdavanje potvrde iznosi 30,00 KM.