

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. Diplomirao/ la: _____
(dan, mjesec, godina i mjesto)

4. Reg. broj univerzitetske diplome: _____

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

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

(navesti oblast)

7. Magisterij: _____
(naziv teme magistarskog rada i mentor)

8. Doktorat: _____
(naziv teme doktorske disertacije i mentor)

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

10. Naziv i adresa poslodavca: _____

11. Adresa stanovanja i br.telefona: _____

12. E-mail: _____

- Pristupnicom potvrđujem da ću dobrovoljno uplaćivati članarinu Ljekarskoj/Liječničkoj komori Kantona Sarajevo u iznosu 10KM:

a) lično b) putem platne liste

U Sarajevu, _____ 20_____

Potpis _____