



## LJEKARSKA – LIJEČNIČKA KOMORA KANTONA SARAJEVO

Broj protokola:

### IZJAVA

Ja \_\_\_\_\_ svojim potpisom potvrđujem da prihvatam dužnost delegata Skupštine Ljekarske/Liječničke komore Kantona Sarajevo shodno članu 22. Statuta Ljekarske/Liječničke komore Kantona Sarajevo.

Mjesto i datum:

\_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

