



STOMATOLOŠKA KOMORA
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

**STOMATOLOŠKA KOMORA
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE
SARAJEVO
Antuna Hangija do br. 3
Tel/ fax: 033 203 075**

Na osnovu člana 19. Statuta Stomatološke komore FBiH podnosim zahtjev za upis u registar i izdavanje licence za samostalan rad u struci;

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE LICENCE
ZA DOKTORE STOMATOLOGIJE**

Ime i prezime: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Broj telefona: _____

E-mail adresa: _____

Državljanstvo: _____

Datum i mjesto završetka studija: _____

Datum i mjesto polaganja stručnog ispita: _____

Trenutno zaposlenje (naziv ustanove ili privatne prakse):

Adresa i broj telefona radnog mjesta: _____

Za nezaposlene: Da li se nalazite na evidenciji Zavoda za zapošljavanje: _____

Da li radite dopunski u skladu sa Pravilnikom o dopunskom radu i gdje: _____

Specijalizacija: _____

Naučno-nastavnozvanje: _____

Mjesto i datum:

Potpis podnosioca zahtjeva:
