



STOMATOLOŠKA KOMORA  
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

**STOMATOLOŠKA KOMORA  
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE  
SARAJEVO**

**Braće Begić 38**

**Tel/ fax: 033 203 075; Tel.: 033 841 414**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Stručna kvalifikacija: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ E-mail adresa: \_\_\_\_\_

U skladu sa članom 6. stav 4 Pravilnika o postupku izdavanja licence kao i sadržaju i izgledu licence ("Sl. list FBiH" br. 82/13) dajem slijedeću:

**IZJAVU O POŠTOVANJU ETIČKIH I DEONTOLOŠKIH NAČELA**

Ovim putem izjavljujem da ću u obavljanju stomatološke djelatnosti poštovati etička i deontološka načela struke.

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis i broj lične karte podnosioca  
zahtjeva