



LJEKARSKA KOMORA CRNE GORE - MONTENEGRIN MEDICAL CHAMBER

Ul Dragana Radulovića 12A, 81000 Podgorica / E-mail: info@ljekarskakomora.me / Tel: +382 (0) 20 / 266 - 587

Ime i prezime: _____

JMBG: _____

Članski broj: _____

E - mail: _____

Broj telefona: _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O ČLANSTVU

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (obilježiti ili navesti državu ili ustanovu ili drugi razlog izdavanja potvrde):

- Edukacije u: _____
- Rada u: _____
- Primarijat: _____
- Ostalo: _____

Način preuzimanja potvrde (obilježiti):

- lično
- elektronskim putem (e-mail)

Uslov za izdavanje potvrde je da podnosilac zahtjeva uredno plaća članarinu (član 14 stav 2 Pravilnika o upisu u Ljekarsku komoru Crne Gore).

Izdavanje potvrde je besplatno.

(Potpis podnosioca zahtjeva)