



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: _____

Članski broj: _____

E – mail: _____

Broj telefona: _____

Naziv ustanove zaposlenja: _____

Na osnovu člana 10 Pravilnika o upisu u Ljekarsku komoru Crne Gore, podnosim:

Z A H T J E V ZA UPIS / PROMJENU PODATAKA U IMENIK DOKTORA MEDICINE

Molim Naslov da u Imeniku doktora medicine Ljekarske komore Crne Gore izvrši (označiti):

- upis novih podataka
- promjenu već upisanih podataka

Zahtjevu prilažem (navesti dokumenta koja se prilažu):

1. _____

2. _____

3. _____

(Potpis podnosioca zahtjeva)