

ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE FAKSIMILA

Prezime: _____ Ime: _____

Ime jednog roditelja: _____

JMBG: _____

Stručno zvanje: _____

Naučno zvanje: _____

Specijalnost: _____

Uža specijalnost: _____

Šifra (broj faksimila) _____ koji se povlači / vraća službi Komore radi uništenja i stavljanja van upotrebe zbog prestanka pružanja neposredne zdravstvene zaštite ili dr.razloga propisanih Zakonom ili aktom Komore

Telefon: _____ e-mail: _____

Datum popunjavanja podataka: _____

(Potpis podnosioca zahtjeva)

Napomena:

U članu 3 i 4 Pravilnika o načinu izdavanja , upotrebe i sadržini faksimila ("Sl.list CG" br.27/16 i 41/16) utvrđeno je da faksimil izdaje Ljekarska komora Crne Gore na zahtjev koji doktor medicine podnosi Komori.