



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: _____

Broj licence: _____

E - mail: _____

Broj telefona: _____

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O DOBROM UGLEDU (CERTIFICATE OF GOOD STANDING)

Molim da mi se izda potvrda:

1. da mi je Ljekarska komora Crne Gore izdala licencu za rad,
2. da se protiv mene ne vodi aktivni postupak zbog povrede Kodeksa medicinske etike i deontologije, niti mi je do sada izrečena kaznena mjera zbog povrede Kodeksa medicinske etike i deontologije.

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe(zaokružiti odgovarajući redni broj, navesti državu i ustanovu)

1. Edukacije u: _____
2. Rada u: _____
3. Ostalo: _____

Uslov za izdavanje potvrde je uredno ispunjavanje članskih obaveza (član 14 stav 2 Pravilnika o upisu u Ljekarsku komoru Crne Gore).

Zahtjevu se prilaže dokaz o uplati naknade za izdavanje potvrde.

Podaci za plaćanje: Iznos od 20 (dvadeset) eura uplaćuje se na ime izdavanja potvrde o dobrom ugledu na žiro račun Ljekarske komore Crne Gore, broj 510-7963-13, sa pozivom na broj licence.

(Potpis podnosioca zahtjeva)