

ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ – ОГРАНАК КОМОРЕ \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ  
ЗА ПОЛАГАЊЕ ЛИЦЕНЦНОГ ИСПИТА**

\_\_\_\_\_, ЈМБГ \_\_\_\_\_,  
(име и презиме подносиоца захтева)

из \_\_\_\_\_,  
(адреса, место и општина становања)

запослен-а код :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(назив и седиште установе-огранка апотеке или приватне праксе у којој ради и датум почетка рада)

подносим захтев за полагање лиценцног испита за лиценцни период

\_\_\_\_\_.  
(број лиценце, датум издавања и датум важења лиценце, област за коју је лиценца издата).

**ПРИЛОГ:**

- доказ – потврду о спроведеном поступку континуиране едукације – потврду издаје огранак Коморе на основу података из електронске базе Коморе.

У \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.г

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА**

.....  
(потпис подносиоца захтева)

**НАПОМЕНА:**

- Захтев попунити штампаним словима
- Обавезно унети све тражене податке