



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА

The Pharmaceutical Chamber of Serbia

Мутапова 25
11000 Београд, Република Србија
Тел/Факс: 011 324 31 44
www.farmkom.rs

ЗАХТЕВ ЗА УПИС У ИМЕНИК ЧЛАНОВА ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Име и презиме	ИМЕ	ИМЕ РОДИТЕЉА	ПРЕЗИМЕ
ЈМБГ			
Датум рођења		Место рођења	
Пребивалиште	МЕСТО	ОПШТИНА	
Телефон	УЛИЦА	БРОЈ И СЛОВО	СПРАТ И БРОЈ СТАНА
Е-Пошта			
Држављанство		Националност	

ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ - РАДУ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Подносилац захтева је:

НЕЗАПОСЛЕН
 НА ПРИПРАВНИЧКОМ СТАЖУ ВОЛОНТЕР

ЗАПОСЛЕН У ДРЖАВНОЈ УСТАНОВИ
 ЗАПОСЛЕН У ПРИВАТНОЈ УСТАНОВИ

ОСНИВАЧ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ
 ОСНИВАЧ КОЈИ ЈЕ ЗАСНОВАО РАДНИ ОДНОС У УСТАНОВИ

ДРУГО

Датум заснивања радног односа у садашњој апотеци - почетак рада приватне праксе

ПОДАЦИ О УСТАНОВИ - ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ У КОЈОЈ ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА РАДИ

Установа - приватна пракса	НАЗИВ	МЕСТО	
	АДРЕСА	ТЕЛЕФОН	ТЕЛЕФАКС
Организациона јединица установе	НАЗИВ	МЕСТО	
	АДРЕСА	ТЕЛЕФОН	ТЕЛЕФАКС
Решење о раду	БРОЈ	ДАТУМ	НАЗИВ ОРГАНА КОЈИ ЈЕ ИЗДАО РЕШЕЊЕ ЗА РАД АПОТЕКЕ
Врста приватне праксе	УПИСУЈЕ САМО ОСНИВАЧ КОЈИ ЈЕ ЗАПОСЛЕН У УСТАНОВИ ОДНОСНО ОСНИВАЧ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ		
	<input type="checkbox"/> САМОСТАЛНА АПОТЕКА	<input type="checkbox"/> САМОСТАЛНА АПОТЕКА СА ЛАБОРАТОРИЈОМ	

ПОДАЦИ О ОБРАЗОВАЊУ

Звање из дипломе	<input type="text"/>	
Диплома	<small>БРОЈ</small> <input type="text"/>	<small>ДАТУМ</small> <input type="text"/>
Положен стручни испит	<small>БРОЈ</small> <input type="text"/>	<small>ДАТУМ</small> <input type="text"/>
Стечена научна титула	<small>БРОЈ</small> <input type="text"/>	<small>ДАТУМ</small> <input type="text"/>
Напомена	<input type="text"/>	
	<small>Нострификација дипломе</small>	<small>БРОЈ</small> <input type="text"/> <small>ДАТУМ</small> <input type="text"/>
	<small>Стицање примаријата</small>	<small>БРОЈ</small> <input type="text"/> <small>ДАТУМ</small> <input type="text"/>
	<small>Специјализација (започета, завршена или ужа)</small>	<small>БРОЈ</small> <input type="text"/> <small>ДАТУМ</small> <input type="text"/>

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Својим потписом потврђујем тачност података

у _____

Дана _____

ПРИЛОГ: Документација _____

(Потпис подносиоца захтева)

ПОДАЦИ КОЈЕ ПОПУЊАВА ОГРАНАК КОМОРЕ

Огранак коморе

Датум пријема захтева

Датум увођења у евиденцију чланова коморе

Број и датум коначног решења о извршеном упису БРОЈ ДАТУМ

ИД Број подносиоца захтева

Подаци о чланарини Број чланске карте

Напомена

(Овлашћено лице коморе)