



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 ПРОМЕНЕ ПОДАТАКА

ПРОМЕНА ПОДАТАКА

<input type="checkbox"/> ПРЕЗИМЕНА	<input type="checkbox"/> ПРЕБИВАЛИШТА	<input type="checkbox"/> АДРЕСЕ
<input type="checkbox"/> ПОСЛОДАВЦА	<input type="checkbox"/> ПРЕСТАНАК РАДА	<input type="checkbox"/> ОГРАНКА
<input type="checkbox"/> ДРУГО	<input type="text"/>	

ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Име и презиме	ИМЕ	ИМЕ РОДИТЕЉА	ПРЕЗИМЕ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ЈМБГ	<input type="text"/>		
Датум рођења	<input type="text"/>	Место рођења	<input type="text"/>
Пребивалиште	МЕСТО	ОПШТИНА	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	УЛИЦА	БРОЈ И СЛОВО	СПРАТ И БРОЈ СТАНА
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Телефон	<input type="text"/>	Мобилни	<input type="text"/>
Е-Пошта	<input type="text"/>		
Држављанство	<input type="text"/>	Националност	<input type="text"/>

ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ - РАДУ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Подносилац захтева је:

<input type="checkbox"/> НЕЗАПОСЛЕН	<input type="checkbox"/> НА ПРИПРАВНИЧКОМ СТАЖУ ВОЛОНТЕР
<input type="checkbox"/> ЗАПОСЛЕН У ДРЖАВНОЈ УСТАНОВИ	<input type="checkbox"/> ЗАПОСЛЕН У ПРИВАТНОЈ УСТАНОВИ
<input type="checkbox"/> ОСНИВАЧ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ	<input type="checkbox"/> ОСНИВАЧ КОЈИ ЈЕ ЗАСНОВАО РАДНИ ОДНОС У УСТАНОВИ
<input type="checkbox"/> ДРУГО	<input type="text"/>

ДАТУМ ПРЕСТАНАКА РАДНОГ ОДНОСА У ПРЕТХОДНОЈ АПОТЕЦИ

ДАТУМ ЗАСНИВАЊА РАДНОГ ОДНОСА У САДАШЊОЈ АПОТЕЦИ

ПОДАЦИ О УСТАНОВИ - ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ У КОЈОЈ ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА РАДИ

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

ПОДАЦИ О ОБРАЗОВАЊУ

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

НАПОМЕНА

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Својим потписом потврђујем тачност података	
у _____	
Дана _____	_____
	(Потпис подносиоца захтева)
ПРИЛОГ: Документација	

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ИД Број подносиоца захтева

Подаци о чланарини

Број чланске карте

Напомена

(Овлашћено лице коморе)