



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 ПРЕСТАНАК ЧЛАНСТВА У ФАРМАЦЕУТСКОЈ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Име и презиме	ИМЕ	ПРЕЗИМЕ
ЈМБГ		
Пребивалиште	МЕСТО	ОПШТИНА
Телефон		Мобилни
Е-Пошта		
	УЛИЦА	БРОЈ И СЛОВО СПРАТ И БРОЈ СТАНА

РАЗЛОЗИ ПРЕСТАНКА ЧЛАНСТВА У КОМОРИ

<input type="checkbox"/> НЕЗАПОСЛЕН	<input type="checkbox"/> ОДЛАЗАК НА РАД У ИНОСТРАНСТВО
<input type="checkbox"/> ОДЛАЗАК У СТАРОСНУ ПЕНЗИЈУ	<input type="checkbox"/> ОБАВЉАЊЕ ДРУГЕ НЕФАРМАЦЕУТСКЕ ДЕЛАТНОСТИ
<input type="checkbox"/> ОДЛАЗАК У ИНВАЛИДСКУ ПЕНЗИЈУ	<input type="checkbox"/> НЕ ЖЕЛИМ ДА БУДЕМ ДОБРОВОЉНИ ЧЛАН КОМОРЕ
<input type="checkbox"/> ДРУГО	
Датум престанка радног односа у здравственој установи - приватној пракси	

ПРИЛОЗИ

<input type="checkbox"/> ЛИЦЕНЦА (Оригинал документ)	<input type="checkbox"/> ЛЕГИТИМАЦИЈА (ИД Картица)
<input type="checkbox"/> ДОКАЗ О ПРЕСТАНКУ ОБАВЉАЊУ ФАРМАЦЕУТСКЕ ДЕЛАТНОСТИ	
<input type="checkbox"/> ДОКАЗ О ПЛАЋЕНОЈ ЧЛАНАРИНИ ДО ДАНА ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА	
НАПОМЕНА: Доказ о плаћеној чланарини приложити само у случају да уплате нису евидентирани у Комори	

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Својим потписом потврђујем тачност података

у _____

Дана _____

(Потпис подносиоца захтева)

ПОДАЦИ КОЈЕ ПОПУЊАВА ОГРНАК КОМОРЕ

Огранак коморе		Датум пријема захтева	
Број и датум решења о престанку чланства	БРОЈ	ДАТУМ	ИД Број подносиоца захтева

(Овлашћено лице коморе)			