

ПОТ-2

(назив апотеке–установе-приватне праксе)

ПИБ _____

(седиште апотеке – установе-приватне праксе)

МАТ.БР. _____

Број: _____

_____ 20 ____ г
(датум издавања потврде)

(место издавања)

На основу члана 9. Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника (Сл.гласник Републике Србије, бр.119/2007, 23/2009, 40/2010 и 102/2015), а на захтев запосленог дипломираног фармацеута _____ из _____, издаје се

ПОТВРДА

да је најмање 50% од дана издавања лиценце радио у области здравствене делатности за коју има лиценцу

Потврђује се да је _____, ЈМБГ _____, дипл.фармацеут-магистар фармације у радном односу на **неодређено – одређено** време код здравствене установе–приватне праксе: _____

Навести назив и седиште (место, општина, адреса) апотеке-установе и организационе јединце или приватне праксе у којој ради.

на пословима радног места: _____
(напомена: дипл.фармацеута или дипл. фармацеута специјалисте са називом специјализације)

почев од ____/____/____.г до ____/____/____.г и данас и да је у наведеном периоду радио најмање 50% од дана издавања лиценце у области за коју има издату лиценцу.
Потврда се издаје на основу службене евиденције ради регулисања права на обнављање лиценце код Фармацеутске коморе Србије у Београду те се не може користити у друге сврхе.

(М.П.)

**ДИРЕКТОР УСТАНОВЕ –
ОСНИВАЧ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ**

(име и презиме)

(потпис)

НАПОМЕНА: Уколико је у току периода важења лиценце било промена у запослењу, потребно је доставити Потврде од свих здравствених установа или приватне праксе код којих је подносилац захтева за обнављање лиценце био запослен.