

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ

Огранак _____

САГЛАСНОСТ

Својим потписом дајем сагласност за израду **чиповане ИД картице**, која ће садржати **моје податке, и то: име и презиме, слику, ИД број, број лиценце, датум издавања и датум важења лиценце**, а за потребе идентификације као члана Фармацеутске коморе Србије и континуиране едукације.

ИД број: _____

Потпис : _____

Датум: _____ 20____ . године