
(назив апотеке - установе)

ПИБ _____

(седиште апотеке - установе)

МАТ.БР. _____

Број: _____

_____ 20__ г
(датум издавања)

(место издавања)

На захтев запосленог _____ и
службене евиденције а под пуном материјалном и кривичном
одговорношћу, издаје се

ПОТВРДА

о радном односу и пословима које непосредно обавља запослени

Потврђује се да је _____, рођен-а

_____ г у _____, ЈМБГ _____,
(датум рођења) (место рођења)

по занимању дипломирани фармацеут, у радном односу на
НЕОДРЕЂЕНО-ОДРЕЂЕНО време почев од _____ г код апотеке -
(непотребно прецртати)
установе _____

у _____ .
(место рада)

Да именовани-а сагласно Правилнику о систематизацији
радних места – закљученом Уговору о раду обавља **НЕПОСРЕДНО** послове

радног места: _____
(напомена: навести само дипл.фармацеута или уколико обавља послове дипл.фармацеута
специјалисте навести и назив специјализације)

Потврда се издаје ради регулисања права на издавање
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)