|  |
| --- |
| **Република Србија****Министарство здравља****Фармацеутска комора Србије****https://www.farmkom.rs/** |

# ЗАХТЕВ

# ЗА ПОЛАГАЊЕ ЛИЦЕНЦНОГ ИСПИТА

|  |
| --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** |
| **Име и презиме** |  |
| **Пребивалиште** |  |
| **Контакт телефон** |  |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  |
| **Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)** |  |
| **ИД број** |  |
| **Број лиценце** |  |
| **Датум издавања** |  |
| **Период важења лиценце** |  |
| **Област за коју је издата лиценца** |  |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр.  | Назив документа | Форма документа  | Специфичности у вези документа  |
|  | **Доказ о уплати накнаде**  | копија | *Доказ о извршеној уплати потребно је доставити најкасније седам дана пре полагања лиценцног испита* |

|  |
| --- |
| **ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА** |
| **Рок за подношење захтева** | 60 дана пре истека рока на који је лиценца издата |
| **Рок за решавање захтева** | 60 дана од дана подношења захтева |

|  |
| --- |
| **Финансијски издаци -** Накнада за полагање лиценцног испита |
| **Назив и адреса примаоца** | Фармацеутска комора Србије | **Сврха уплате** | Полагање лиценцног испита |
| **Број рачуна** | 325-9500900015066-04 | **Износ**  | 30.000,00 РСД |
| **Модел** | Не уписује се | **Позив на број** | ЈМБГ |

|  |
| --- |
| **И З Ј А В А** **подносиоца захтева о обавештености у вези коришћења и обраде личних података од стране Фармацеутске коморе Србије** |
| Изјављујем да сам обавештен-а, у потпуности информисан-а и сагласан-а о сврси и начину обраде мојих података о личности, како је наведено у Информацији коју ми је пружио руковалац – Фармацеутска комора Србије у Београду, ул. Мутапова бр. 25., а све у складу са Законом о заштити података о личности ("Сл. гласник РС", бр. 87/2018) и Законом о архивској грађи и архивској делатности („Сл гласник РС“, бр. 6/2020). а у вези са Законом о коморама здравствених радника („Сл.гласник РС“,бр.107/2005, 99/2010 и 70/2017-одлука УС) и Статутом Фармацеутске коморе Србије („Сл.гласник РС“, бр.156/2020 и 27/2022).Изјављујем да ћу о свакој промени мојих личних података благовремено, а најкасније у року од 30 дана од настанка промене обавестити Комору достављајући одговарајући ЕВ-2 образац и потребну документацију којом доказујем насталу промену. |
| У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потпис подносиоца захтева |

**У\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Потпис подносиоца захтева**

|  |
| --- |
| **ПОДАЦИ КОЈЕ ПОПУЊАВА ОГРАНАК КОМОРЕ И КОМОРА** |
| **Огранак коморе** |  |
| **Датум пријема захтева** |  |
| **Датум увођења у евиденцију огранка коморе** |  |
| **Датум експедиције захтева у централу Коморе** |  |
| **Датум пријема захтева у централу Коморе** |  |
| **Уверење о положеном лиценцном испиту** | Број: | ИД подносиоца захтева: |
| Датум: | Број лиценце:  |