

ФАРМАЦЕУТСКА КОМОРА СРБИЈЕ – ОГРАНАК КОМОРЕ \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ  
ЗА ПРОДУЖЕЊЕ ВАЖЕЊА ПРИВРЕМЕНО ОДУЗЕТЕ ЛИЦЕНЦЕ**

ИМЕ, ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА, ПРЕЗИМЕ: \_\_\_\_\_

ЈМБГ \_\_\_\_\_, ИД БРОЈ: \_\_\_\_\_

АДРЕСА, МЕСТО И ОПШТИНА СТАНОВАЊА: \_\_\_\_\_

Адреса е-поште: \_\_\_\_\_ Моб. тел: \_\_\_\_\_

СТРУЧНО ЗВАЊЕ: \_\_\_\_\_

БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ/ДАТУМ ВАЖЕЊА: \_\_\_\_\_

*(привремено одузете лиценце-попуњава секретар Огранка):*

Захтев за продужење важења привремено одузете лиценце подносим у складу са чланом 185. став 5. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019).

Напомена: Надокнада за продужење важења привремено одузете лиценце износи 1.000,00 динара. Износ је потребно уплатити на рачун Фармацеутске коморе Србије 325-9500900015066-04; модел: не уписије се; позив на број: ЈМБГ.

У \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.г

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

.....  
(потпис подносиоца захтева)

НАПОМЕНА: Захтев попунити штампаним словима.  
Обавезно унети све тражене податке.