

---

\_\_\_\_\_ / Ime i prezime /

\_\_\_\_\_ / JMBG /

\_\_\_\_\_ / Mjesto stanovanja /

telefon: \_\_\_\_\_ / posao / \_\_\_\_\_ / stan /

\_\_\_\_\_ / Ulica i br. /

\_\_\_\_\_ / e - mail /

\_\_\_\_\_ / Pošta /

\_\_\_\_\_ / mjesto zaposlenja/

**KOMORA DOKTORA STOMATOLOGIJE  
REPUBLIKE SRPSKE  
Banja Luka  
Marije Bursać br. 10**

**PREDMET: ZAHTJEV ZA PRODUŽENJE ROKA VAŽENJA LICENCE ZA OBAVLJANJE  
PROFESIONALNE DJELATNOSTI**

Molim Naslov da mi produži rok važenja licence, br. \_\_\_\_\_ za obavljanje profesionalne djelatnosti, u skladu sa članom 8. Zakona o zdravstvenim komorama ("Službeni gl." br.35/03), članom 13, stav 3. Statuta Komore doktora stomatologije i Pravilnika o postupku izdavanja, obnavljanja, odnosno oduzimanja licence za rad doktora stomatologije.

**Zahtjevu prilažem:**

1. Obrazac o bodovanju za provjeru stručnosti doktora stomatologije;
2. Dokazi o stručnom usavršavanju (sertifikati original);
3. Ovjerenu fotokopiju dokumenta o stečenom naslovu specijaliste, magistra, doktora nauka, docenta i profesora, koji će se unijeti uz ime u odobrenju za samostalan rad;
4. Dokaz o zaposlenju
5. Potvrdu o izvršenoj uplati 100 KM na žiro račun broj 562-100-80007011-92, NLB banka

U \_\_\_\_\_  
/mjesto i datum/

\_\_\_\_\_  
/Potpis podnosioca zahtjeva/

