

**LJEKARSKA-LIJEČNIČKA KOMORA KANTONA SARAJEVO**  
Sprečanska 5/III  
71000 Sarajevo

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

ADRESA  
PREBIVALIŠTA \_\_\_\_\_

SPECIJALIZACIJA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA \_\_\_\_\_

NAZIV USTANOVE ZAPOSLENJA \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE  
POTVRDE O NEKAŽNJAVANJU  
(Certificate of Good Standing)**

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (zaokružiti i navesti državu):

1. edukacije u \_\_\_\_\_

2. rada u \_\_\_\_\_

Zahtjevu je potrebno priložiti:

1. **Dokaz o uplati troškova izrade potvrde** – iznos od 100 KM se uplaćuje na žiro račun Ljekarska-Liječničke komore Kantona Sarajevo: 161 000 000 411 00 95 (Raiffeisen bank).

U \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto i datum)

\_\_\_\_\_  
(potpis podnosioca zahtjeva)

\*Odlukom Upravnog odbora Ljekarske-Liječničke komore Kantona Sarajevo od 02.08.2023.g. izdavanje ove Potvrde za članove se naplaćuje; naknada za izdavanje potvrde iznosi 100, 00 KM, osim za potrebe edukacije, kada je izdavanje Potvrde besplatno.