



**LJEKARSKA – LIJEČNIČKA KOMORA
KANTONA SARAJEVO**

Ime i prezime _____

Adresa stanovanja _____

tel/mob _____

**LJEKARSKA/LIJEČNIČKA KOMORA
KANTONA SARAJEVO**
Sprečanska br. 5/III
71 000 Sarajevo

PREDMET: Zahtjev za izdavanje mišljenja za rad izvan punog radnog vremena

Molim vas da mi izdate mišljenje za rad izvan punog radnog vremena u:

(naziv zdravstvene ustanove)

na adresi _____

potpis podnosioca zahtjeva

U _____, dana _____.

Prilog:

- Potvrda o desetogodišnjem radnom stažu u zvanju specijaliste,

ili dokaz da je specijalista s magisterijem ili doktoratom iz medicinskih nauka

Mišljenje komisije poslodavca

Dokaz o plaćenju članarini

Izjava kojom se ljekar obavezuje da će potpisati ugovor za dopunski rad samo sa jednim poslodavcem

Podnosilac zahtjeva dužan je platiti naknadu za troškove postupka na račun Komore broj: 161 000 000 411 00 95, u iznosu od 100,00 KM. Dokaz o izvršenoj uplati potrebno je priložiti zahtjevu.

Sprečanska 5/III
71 000 Sarajevo
Bosna i Hercegovina

Tel.: +387 33 219-272
Tel./fax: +387 33 219-493
www.lkksa.ba; e-mail: info@lkksa.ba

ID: 4200540420002
ž.r. 1610000004110095
Raiffeisen bank