(IME I PREZIME) _____

(ADRESA) _____

*(DATUM)*_____

Komora magistara farmacije
Kantona Sarajevo

Vilsonovo šetalište 10
71000 Sarajevo

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE MIŠLJENJA KOMORE MAGISTARA FARMACIJE KANTONA SARAJEVO ZA ODOBRENJE RADA PZU/APOTEKE/OGRANKA

Ja, (*IME (IME OCA) PREZIME)* _____, podnosim Zahtjev za izdavanje mišljenja Komore magistara farmacije Kantona Sarajevo za odobrenje rada PZU/apoteke/ogranka (*NAZIV)*_____, koja/i se nalazi na adresi _____. Za odgovorno lice navedene/og PZU/apoteke/ogranka imenuje se (*IME (IME OCA) PREZIME)*_____ _____.

Uz Zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

PODNOSILAC ZAHTJEVA

_____