

(MJESTO, DATUM)_____

**Komora magistara farmacije
Kantona Sarajevo**

Vilsonovo šetalište 10
71000 Sarajevo

**ZAHTJEV ZA BRISANJE IZ REGISTRA ČLANSTVA KOMORE MAGISTARA
FARMACIJE KANTONA SARAJEVO**

IME (IME OCA) PREZIME:

MJESTO I DATUM ROĐENJA:

ADRESA STANOVANJA:

TELEFON I E-MAIL:

BROJ LICENCE I DATUM IZDAVANJA/VAŽENJA LICENCE:

RAZLOG ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA:

1. Odlazak u drugi kanton, drugu državu (navesti naziv kantona, države)

2. Drugi razlozi (navesti precizno razlog)

Molim da me, nakon uvida u ispunjenost uslova za ispis iz registra članstva Komore magistara farmacije Kantona Sarajevo, brišete iz Registra zaključno sa danom_____.

PODNOŠILAC ZAHTJEVA
