

(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 PROMJENU ODGOVORNE OSOBE**

Ja, (IME (IME OCA) PREZIME) \_\_\_\_\_, podnosim Zahtjev za izdavanje  
mišljenja Komore magistara farmacije Kantona Sarajevo za promjenu odgovorne osobe u  
(NAZIV PZU/APOTEKE/OGRANKA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, koja/i se nalazi na  
adresi \_\_\_\_\_.

Za novu odgovornu osobu imenuje se (IME (IME OCA) PREZIME) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, a ranije poslove odgovorne osobe obavljao/la je (IME (IME  
OCA) PREZIME) \_\_\_\_\_.

Ugovor o radu između navedene/og PZU/apoteke/ogranka i navedene novo imenovane  
odgovorne osobe zaključuje se na period od (DATUM) \_\_\_\_\_ do (DATUM)  
\_\_\_\_\_.

Uz Zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**PODNOŠILAC ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_