

(IME I PREZIME) _____

(ADRESA) _____

(DATUM) _____

**Komora magistara farmacije
Kantona Sarajevo**

Vilsonovo šetalište 10
71000 Sarajevo

ZAHTJEV ZA REIZDAVANJE LICENCE

Ja, (IME (IME OCA) PREZIME) _____, rođen/a
(MJESTO I DATUM ROĐENJA) _____, sa položenim
stručnim ispitom (DATUM POLAGANJA I NAZIV ISPITNE KOMISIJE) _____

_____,
podnosim Zahtjev za reizdavanje licence Komori magistara farmacije Kantona Sarajevo, zbog
isteka važenja licence broj: _____, koja je važila od (DATUM) _____
do (DATUM) _____.

Uz Zahtjev prilažem sljedeću dokumentaciju:

_____.

PODNOŠILAC ZAHTJEVA
