

РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА  
ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ  
18000 НИШ  
ЈОВАНА СКЕРЛИЋА 25

ПРЕДМЕТ: Захтев за издавање потврде

Молим да ми се изда потврда:

1. Да сам уписан-а у Именик Лекарске коморе Србије
2. Да поседујем лиценцу – одобрење за самосталан рад
3. Да против мене није вођен дисциплински поступак због повреде професионалне дужности или угледа члана коморе, нити ми је изречена дисциплинска мера.

(Заокружити одговарајући редни број)

Потврда ми је потребна ради (навести разлог) \_\_\_\_\_

---

---

---

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

\_\_\_\_\_  
(Име и презиме, Идентификациони број)

\_\_\_\_\_  
(Потпис)

\_\_\_\_\_  
(Место и адреса)

НАПОМЕНА:

Такса за издавање потврде се плаћа у износу од 100,00 динара на жиро рачун Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију број **105-20338-28**; сврха уплате – **накнада за издавање потврде**; у позиву на број навести **ЈМБГ подносиоца захтева**. Уз захтев треба приложити копију уплатнице.