

РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ВОЈВОДИНЕ

Булевар ослобођења 46 а
21000 Нови Сад

ПРЕДМЕТ: Захтев за издавање потврде за лекаре који нису уписани у Именик ЛКС-РЛКВ

Потврда ми је потребна ради _____

ПРИЛОГ:

- 1) Фотокопија личне карте (електронски прочитана уколико је са чипом)
- 2) Признаница о уплати 200,00 динара на жиро рачун Регионалне лекарске коморе Војводине бр. 165-14109-10, сврха уплате: Надокнада за издавање потврде, позив на број: ЈМБГ подносиоца захтева

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

(Име и презиме)

(Место и адреса)

(Контакт телефон, е-пошта)

(Потпис)