OBRAZAC 11/2024

**Mjesto i datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IZJAVA**

**O PRIHVAĆANJU DUŽNOSTI DELEGATA U SKUPŠTINI**

 **KOMORE MAGISTARA FARMACIJE TUZLANSKOG KANTONA**

Podaci o kandidatu:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime |  |
| Datum rođenja |  |
| Izborna jedinica |  |
| Ustanova zaposlenja |  |

Ovim izjavljujem da sam član Komore magistara farmacije Tuzlanskog kantona i da prihvaćam dužnost delegata u Skupštini Komore magistara farmacije Tuzlanskog kantona.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Vlastoručni potpis)