OBRAZAC 02/2024

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

**IZJAVA**

**O PRIHVAĆANJU KANDIDATURE ZA PREDSJEDNIKA**

 **KOMORE MAGISTARA FARMACIJE TUZLANSKOG KANTONA**

Ovime izjavljujem da prihvaćam kandidaturu za predsjednika Komore magistara farmacije Tuzlanskog kantona te da ispunjavam uvjete tj. da sam član Komore magistara farmacije Tuzlanskog kantona, bavim se farmaceutskom djelatnošću i imam najmanje 5 godina radnog iskustva u struci na rukovodećim poslovima.

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

 (potpis)

Podaci o kandidatu:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime |  |
| Datum rođenja |  |
| Adresa stana i telefon |  |
| Ustanova zaposlenja |  |