OBRAZAC 04/2024

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

**IZJAVA**

**O PRIHVAĆANJU KANDIDATURE ZA ČLANA UPRAVNOG ODBORA**

 **KOMORE MAGISTARA FARMACIJE TUZLANSKOG KANTONA**

Ovime izjavljujem da prihvaćam kandidaturu za člana Upravnog odbora Komore magistara farmacije Tuzlanskog kantona te da ispunjavam uvjete tj. da sam član Komore magistara farmacije Tuzlanskog kantona i bavim se farmaceutskom djelatnošću.

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

 (potpis)

Podaci o kandidatu:

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