



БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА
Брчко дистрикт Босне и Херцеговине
ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

BOSNA I HERCEGOVINA
Brčko distrikt Bosne i Hercegovine
FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Вука С. Карацића 4, 76100 Брчко дистрикт БиХ, тел. +387 49 211 102; 216 344, факс 216 115, ИБ 4600222830003:
Vuka S. Karadžića 4, 76100 Brčko distrikt BiH, tel. +387 49 211 102; 216 344, faks 216 115, IB 4600222830003:
web: www.fzobrcko.ba, E-mail: fzobrcko1@teol.net,

П Р И Ј А В А

ЗА УЧЕШЋЕ ПО ЈАВНОМ ПОЗИВУ ЗА ИЗБОР ЧЛАНОВА СТРУЧНИХ КОМИСИЈА ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ

1	Стручна комисија за коју подносите пријаву (заокружите број једне или више комисија)	1. Првостепена комисија за утврђивање права на здравствену заштиту ван уговорних здравствених установа са подручја Брчко дистрикта БиХ 2. Првостепена комисија за утврђивање привремене спријечености за рад 3. Другостепена комисија 4. Комисија за утврђивање садржаја листи лијекова
2	Подносилац захтјева (презиме, име једног родитеља и име)	
3	Мјесто и датум рођења	
4	Адреса становања (улица, мјесто и поштански број)	
5	Контакт телефон	
6	Е-mail адреса	
7	Специјалност / субспецијалност гране медицине коју посједујете	
8	Назив здравствене установе или институције у којој сте тренутно запослени	

Напомена:

Магистри фармације/дипл. фармацеути не попуњавају рубрику под редним бројем 7

Непотпуне и непопуњене пријаве неће бити узете у разматрање.

Пријаву са документацијом из члана V тачке б) Јавног позива, број: 015-180/8-31/24 од 25.06.2024. године и број: 015-180/8-31/24-1 од 26.07.2024. године, доставити у зграду Фонда, ул. Вука С. Карацића бр. 4, шалтер 6, најкасније до 31.08.2024. године, до 15:30 часова.

Потпис

У _____, дана _____ године. _____