

FARMACEUTSKA KOMORA

CRNE GORE

BROJ:

PODGORICA,09.05.2018.godine

PREDMET: VERIFIKOVANJE MANDATA NOVIH ČLANOVA SKUPŠTINE
FARMACEUTSKE KOMORE CRNE GORE

*POTVRĐUJEM SVOJERUČNIM POTPISOM, DA SE PRIHVATAM RADA U
SVOJSTVU ČLANA SKUPŠTINE FARMACEUTSKE KOMORE CRNE GORE, SA SVIM
PRAVIMA I OBAVEZAMA KOJA MI PO TOM OSNOVU PRIPADAJU.*

DIPL. PH _____