



FARMACEUTSKA KOMORA CRNE GORE

Oktobarske revolucije 42, 81 000 Podgorica tel/fax: (+382 20) 621 298

e-mail: farm.komora@t-com.me

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

JMBG: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____ godine U _____

NAZIV FIRME U KOJOJ TRENUTNO RADIM _____

NAZIV I SJEDIŠTE APOTEKE _____

BROJ TELEFONA _____

E-MAIL: _____

PREDMET : Zahtjev za izdavanje licence za rad za samostalno obavljanje farmaceutske djelatnosti

Shodno Opštim aktima Farmaceutske komore CG , koji se odnose na predviđenu dokumentaciju, a tiču se izdavanja Licence (**domaći državljani**) koja je shodno čl.97 i 98 Zakona o zdravstvenoj zaštiti CG (Sl.list CG 39/04 , 40/11) obavezna, isti Vam dostavljam radi sticanja uslova za Licencu za rad i njeno izdavanje od strane Vašeg organa.

Uz zahtjev prilažem (zaokružiti):

- Uredno popunjen Evidencioni list
- Diplomu o završenom fakultetu (ovjerena fotokopija), a nostrifikaciju isprave koji su završili fakultet u stranoj državi nakon 25.01.2008.g. shodno Zakonu o vrednovanju obrazovnih isprava)
- Uvjerenje o položenom stručnom ispitu (ovjerena fotokopija)
- Dokaz o stečenom zvanju (specijalizacija, doktorat, primarijat..) ukoliko ga posjeduju
- Izvod iz matične knjige vjenčanih (za udate/oženjene)
- Fotokopija lične karte (kao dokaz da ima prebivalište)
- Dokaz iz nadležnog suda da se ne vodi krivični postupak za djelo protiv čovječnosti i zdravlja ljudi
- Dvije fotografije dimenzija kao za ličnu (1 za člansku kartu i 1 u dosije)
- Dokaz o uplati članarine(**60,00 eura- godišnja ili 30,00 eura polugodišnja**)
- Dokaz o uplati (nadoknada) za izdavanje Licence za rad (**50,00 eura**)

Uplata članarine i naknade za Licencu za rad vrši se isključivo na žiro račun **Farmaceutske komore Crne Gore koji se vodi kod Hipotekarne banke** ad Podgorica **520-917100-83** , dokaz o uplati



FARMACEUTSKA KOMORA CRNE GORE

Oktobarske revolucije 42, 81 000 Podgorica tel/fax: (+382 20) 621 298

e-mail: farm.komora@t-com.me

dostaviti na e-mail farmaceutska.komora.cg@gmail.com , putem fax-a 020 621 298 ili lično.

Sve informacije (obrasci ...) na sajtu Komore **www.fkcg.org**

Navedenu dokumentaciju sa obaveznim dokazom o uplati , lično donijeti ili poslati na adresu :

Farmaceutska komora Crne Gore

ul.Nikole Kovačevića 12

81000 Podgorica

- **Izvod iz Pravilnika o uslovima , načinu i postupku upisa i brisanja iz registra diplomiranih farmaceuta koji mogu samostalno obavljati poslove iz svoje nadležnosti april 2006g. (Sl.list RCG br.39/04 čl. 98 i 99 Zakona o zdr.zaštiti CG i člana 59.Statuta Farmaceutske komore CG)**

Član 4.

O zahtjevu za upis u Registar , Sud Komore odlučuje rješenjem u roku od 15 dana , od dana podnošenja zahtjeva.

Član 5.

Ako Sud Komore u roku od 15 dana ne odluči o zahtjevu za upis u Registar, uz koji su dostavljeni potrebni dokazi, podnosilac zahtjeva smatra se upisanim u Registar.

Član 6.

Na osnovu rješenja iz člana 4.ovog Pravilnika, Sud Komore vrši upis u Registar.

Nakon upisa u Registar, Sud Komore izdaje podnosiocu zahtjeva za upis u Registar, Izvod iz Registra – Licencu za samostalno obavljanje zdravstvene farmaceutske djelatnosti.

- **Izvod iz Pravilnika o upisu u registar dipl.farmaceuta mart 2010g. i čl.16 Statuta Farmaceutske komore CG**

Član 5.

Član Komore dužan je da prijavi svaku promjenu podataka u roku od 15 (petnaest) dana uz odgovarajuću dokumentaciju.

Podnosilac zahtjeva :

U _____, dana _____

(mjesto i datum podnošenja zahtjeva)