



Crna Gora

KOMORA FIZIOTERAPEUTA
CRNE GORE

**ZAHTJEV ZA
IZDAVANJE POTVRDE O DOBROM UGLEDU
(Certificate of Good Standing)**

IME I PREZIME: _____
ADRESA PREBIVALIŠTA: _____
JMB: _____
BROJ MOBILNOG TELEFONA: _____
E – MAIL: _____
BROJ ČLANSKE KARTE: _____
BROJ LICENCE / PRIVREMENE LICENCE ZA RAD: _____
DATUM IZDAVANJA: _____, PERIOD VAŽENJA DO: _____
BROJ SERTIFIKATA / PRIVREMENOG SERTIFIKATA ZA RAD: _____
DATUM IZDAVANJA: _____, PERIOD VAŽENJA DO: _____

Molim Komoru fizioterapeuta Crne Gore da mi izda Potvrdu:

1. Da mi je od strane Komore fizioterapeuta Crne Gore izdata licenca/privremena licenca za rad, sertifikat/privremeni sertifikat za rad, i
2. Da se protiv mene ne vodi krivični postupak zbog povrede Kodeksa fizioterapeutske zdravstvene etike i da mi nije izrečena mjera zabrane obavljanja zdravstvene djelatnosti.

Zahtjev podnosim za potrebe (zaokružiti odgovarajući redni broj, navesti državu i ustanovu):

1. Edukacije u _____
2. Rada u _____
3. Ostalo _____

Način preuzimanja potvrde (obilježiti):

- lično;
- elektronskim putem (e-mail).

Sadržaj potvrde na (obilježiti):

- Crnogorskom jeziku,
- Engleskom jeziku.

Uslov za izdavanje potvrde je da podnosilac zahtjeva uredno ispunjava obaveze u skladu sa Statutom Komore fizioterapeuta Crne Gore ("Službeni list Crne Gore" broj 44/2017).

Zahtjevu se prilaže dokaz o uplati naknade za izdavanje potvrde.

Podaci za plaćanje: Iznos od 20 eura uplaćuje se na ime izdavanje potvrde o dobrom ugledu na žiro račun Komore fizioterapeuta Crne Gore broj 510-95149-64, sa pozivom na broj licence / privremene licence za rad ili sertifikata/privremenog sertifikata za rad.

Podnosilac zahtjeva:

U _____, dana _____
(mjesto i datum podnošenja zahtjeva)

Stručna služba Komore