

OBRAZAC III  
REGISTRACIJSKI OBRAZAC KOMORE ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA SVIH  
PROFILA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE  
(PRISTUPNICA)

POPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

Ime:		Prezime:	
Djevojačko prezime:		Spol:	m      ž
Datum rođenja:		Mjesto rođenja:	
	dan      mjesec      godina		
JMBG		Državljanstvo:	
Ime oca:		Ime majke:	

PODACI O STANOVANJU

Ulica i broj		Mjesto	
Kanton/Županija		Poštanski broj	
<sup>1</sup> Telefon		<sup>1</sup> Fax	
email		<sup>1</sup> Mobitel	

PODACI ZAPOSLENJU I ŠKOLOVANJU

Naziv ustanove							
Adresa		Mjesto		Poštanski broj			
<sup>1</sup> Telefon		<sup>1</sup> Fax		<sup>1</sup> Email/web			
Zvanje u struci		Mjesto na koje ste rasporedjeni					
Datum završetka školovanja						Naziv obrazovne ustanove	
	dan	mjesec	godina				
Broj diplome		Broj uvjerenja o položenom stručnom ispitu					
Datum polaganja stručnog ispita				Mjesto polaganja stručnog ispita			
	dan	mjesec	godina				
Vlasnik sam privatne prakse (zaokruziti odgovor)	DA	NE	Naziv i adresa privatne prakse				
<sup>2</sup> Članarinu ću plaćati: (označi sa X)		Mjesečno preko platne liste	Kvartalno	Polugodisnje	Godisnje		

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

1Saglasan/suglasan sam za prikupljanje i daljnu obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda KZTFBiH sa članstvom.

2Saglasna/suglasna sam da mi se članarina odbija preko platne liste od dana popunjavanja registracijskog obrazca ( za radnike u javnoj/privatnoj zdravstvenoj ustanovi ).

2Saglasan/suglasan sam uplaćivati članarinu za Komoru ( ostali ).

Podaci će se koristiti isključivo za potrebe KZTFBiH, te se u druge svrhe neće koristiti.

KZTFBIH

Racun : 1610000136430026 - RAIFFEISEN BANK DD BOSNA I HERCEGOVINA SARAJEVO

Komisija za licenciranje, Tel:+387(0)63023097;+387(0)61276387

GSM:Predsjednik; +387(0)62597207

[info@kztfbih.ba](mailto:info@kztfbih.ba)

[www.kztfbih.ba](http://www.kztfbih.ba)