

До Фармацевтска Комора на РС Македонија

Deri te Oda Farmaceutike e Republikës së Maqedonisë së Veriut

БАРАЊЕ

KËRKESË

за издавање на потврда

për lëshimin e vërtetimit

Име, име на родител и презиме: _____

Emri, emri i prindit dhe mbiemri:

Матичен број: _____

Numri personal:

Регистарски број на лиценца: _____

Numri i liçensës:

Број на досие: _____

Numri i regjistrimit:

Адреса (улица, број, место на живеење): _____

Adresa (rruga, numri, qyteti/vendbanimi)

Телефон за контакт: _____

Kontakt telefoni:

Електронска адреса за контакт: _____

Adresa elektronike për kontakt (e-mail):

Молам да ми се издаде потврда дека против мене не се изречени мерки од Судот на честа при Комората.

Kërkoj konfirmimin se nuk është marrë asnjë masë ndaj meje nga Gjykata e Nderit pranë Dhomës.

Во прилог доставувам:

Përveç kësaj, unë dorëzoj:

- Фотокопија од уплатница со надомест од 3.000,00 денари на жиро сметка 200000011953884, Стопанска Банка АД Скопје
- Fotokopje e fletëpagesës me kompensim prej 3.000.00 denarë në xhirollogarinë 200000011953884, Stopanska Banka AD Shkup

Датум

Data

Потпис

Nënshkrimi
