



Liječnička/Ljekarska Komora Hercegovačko – neretvanske županije/kantona  
Medical Chamber of Herzegovina-Neretva Canton  
88000 MOSTAR, Ul.Dr. Bariše Smoljana br. 4  
Tel/fax:+387(0)36 319 853  
E-mail : [lijecnicka.komora.hnz@tel.net.ba](mailto:lijecnicka.komora.hnz@tel.net.ba)

**BOSNA I HERCEGOVINA**  
**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE**  
**LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HERCEGOVAČKO – NERETVANSKE**  
**ŽUPANIJE/KANTONA**

## **OBRAZAC ZA PRIVATNU PRAKSU**

\_\_\_\_\_  
( ime i prezime )

\_\_\_\_\_  
( datum i mjesto rođenja )

\_\_\_\_\_  
( naziv i adresa ordinacije )

### **PRIVATAN RAD**

**1. PUNO RADNO VRIJEME ( molimo zaokružite ):**

- *u vlastitom prostoru i na vlastitim sredstvima,*
- *kod drugog nosioca privatne prakse,*
- *u radnoj organizaciji.*

**2. DOPUNSKI RAD ( molimo zaokružite ):**

- *u vlastitom prostoru i na vlastitim sredstvima*
- *kod drugog nosioca privatne prakse*

• *Rješenje kantonalnog/županijskog Ministarstva za obavljanje privatne prakse( ukoliko ga već posjeduje ) kod nosioca privatna prakse ( dostaviti ovjerenu kopiju preslika u prilogu):*

\_\_\_\_\_  
( datum izdavanja )

\_\_\_\_\_  
( broj rješenja )

• *Grana medicine, specijalizacija kojom se bavi u privatnoj praksi, kratak opis medicinskih procedura koje obavlja u privatnoj praksi ( kratak opis ):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• *Dijagnostička i terapijska sredstava, kao i oprema koju koristi u radu ( kratak opis ) :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Liječnička/Ljekarska Komora Hercegovačko – neretvanske županije/kantona  
Medical Chamber of Herzegovina-Neretva Canton  
88000 MOSTAR, Ul.Dr. Bariše Smoljana br. 4  
Tel/fax:+387(0)36 319 853  
E-mail : [lijecnicka.komora.hnz@tel.net.ba](mailto:lijecnicka.komora.hnz@tel.net.ba)

**BOSNA I HERCEGOVINA  
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE  
LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HERCEGOVAČKO – NERETVANSKE  
ŽUPANIJE/KANTONA**

• *Radno vrijeme privatne ordinacije:*

Od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**Saradnici/suradnici:**

**• Radno vrijeme po specijalnostima:**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
( specijalnost ) ( radno vrijeme )

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( mjesto i datum )

\_\_\_\_\_  
( potpis i pečat podnosioca obrasca )