

**KOMORA DIPLOMIRANIH ZDRAVSTVENIH INŽINJERA SVIH PROFILA
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE
Bulevar Meše Selimovića 2, Sarajevo**

IME I PREZIME _____

STRUČNI NAZIV _____

ADRESA STANOVANJA _____

E-MAIL _____ BROJ TELEFONA _____ BROJ MOBITELA _____

Na osnovu Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence) i Statuta Komore diplomiranih zdravstvenih inženjera svih profila Federacije Bosne i Hercegovine, dajem slijedeću

**IZJAVU O POŠTIVANJU ETIČKIH I DEONTOLOŠKIH
NAČELA ZDRAVSTVENE STRUKE**

Ovim putem izjavljujem da sam u obavljanju zdravstvene djelatnosti poštivao/la etička i deontološka načela zdravstvene struke.

Izjava se daje za potrebe izdavanja odobrenja za samostalan rad (licence).

(potpis podnosioca zahtjeva)

U _____
(navesti mjesto i datum)