KOMORA DIPLOMIRANIH ZDRAVSTVENIH INŽINJERA SVIH PROFILA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

ZAHTJEV ZA POVRAT UPLAĆENIH SREDSTAVA

1. PODACI O PODNOSIOCU ZAHTJEVA

Ime i prezime: _____

Adresa:_____

Kontakt telefon:_____

E-mail:_____

2. PODACI O UPLATI

Svrha uplate prema Komori:

_____

Datum uplate:_____

Iznos uplate: _____ KM

3. PODACI ZA POVRAT SREDSTAVA

Broj transakcijskog računa:

Napomena: *U svako polje upisati jednu cifru transakcijskog računa.*

Naziv banke:_____

4. OBRAZLOŽENJE ZAHTJEVA

Razlog zbog kojeg se zahtijeva povrat uplaćenih sredstava:

_____

_____

_____

5. IZNOS ZA POVRAT

Iznos koji se potražuje za povrat: _____ KM

Mjesto: _____ Datum: _____

_____

PODNOSILAC ZAHTJEVA

(ime i prezime i potpis)

Napomena: *Skeniran zahtjev dostaviti na e-mail Komore: komora@kdzifbih.ba*