

**Potvrda**  
**Samostalni strukovni sindikat doktora medicine i stomatologije Zeničko - dobojskog kantona**

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA \_\_\_\_\_

JMBG \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA \_\_\_\_\_ BROJ MOBITELA \_\_\_\_\_

BROJ TRANSAKCIJSKOG ŽIRO RAČUNA \_\_\_\_\_

RAČUN OTVOREN KOD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis podnosioca zahtjeva)

U \_\_\_\_\_  
(navesti mjesto i datum)