



**ЗИ-16**

**Број захтева:** \_\_\_\_\_

**Дана:** \_\_\_\_\_

**Назив огранка** \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ ЗА ИСПИС ИЗ ИМЕНИКА ЧЛАНОВА СТОМАТОЛОШКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ**

Име и Презиме \_\_\_\_\_, ЈМБГ \_\_\_\_\_ ИД број \_\_\_\_\_

пребивалиште \_\_\_\_\_ подносим захтев да ме испишете из Именика чланова огранка

Коморе (заокружити број испред огранка)

1. за подручје града Београда;

2. АП Војводина;

3. Западна и Централна Србија;

4. Југоисточна Србија и К и М.

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА**

Име и презиме \_\_\_\_\_

Улица и број \_\_\_\_\_

Контакт телефон \_\_\_\_\_

Датум -----

Потпис \_\_\_\_\_

Службено лице: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_