


**REGISTRACIJSKI OBRAZAC KOMORE FIZIOTERAPEUTA
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE**

POPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

Ime :		Prezime:																				
Djevojačko prezime:		Spol	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ž																			
Datum rođenja	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DAN</td><td>MJESEC</td><td colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">Mjesto rođenja:</td> </tr> </table>											DAN	MJESEC	GODINA		Mjesto rođenja:						
DAN	MJESEC	GODINA		Mjesto rođenja:																		
JMBG		Državljanstvo:																				
Ime oca:		Ime majke:																				

PODACI O STANOVANJU	Ulica i broj		Mjesto	
	Županija/Kanton		Pošanski broj	
	¹ Telefon		¹ Fax	
	¹ E-mail			
PODACI O ZAPISLENJU	Naziv ustanove			
	Ulica		Broj	
	Mjesto		Pošanski broj	
	¹ Telefon		¹ Fax	
	¹ E-mail		Vlasnik privatne prakse	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

PODACI O STRUČNOM AKADEMSKOM I NAUČNOM/ZNANSTVENOM ZVANJU	Označi s X	<input type="checkbox"/> Fizioterapeutski tehničar SSS <input type="checkbox"/> Prvostupnik/Bačelor fizioterapije <input type="checkbox"/> Magistar fizioterapije <input type="checkbox"/> Doktor znanosti/nauka	<input type="checkbox"/> Viši fizioterapeutski tehničar VŠS <input type="checkbox"/> Diplomirani fizioterapeut <input type="checkbox"/> Magistar nauka/znanosti																				
	Datum završetka najvišeg stupnja/stepena obrazovanja	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DAN</td><td>MJESEC</td><td colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">Naziv i mjesto fakulteta/srednje škole</td> </tr> </table>											DAN	MJESEC	GODINA		Naziv i mjesto fakulteta/srednje škole						
	DAN	MJESEC	GODINA		Naziv i mjesto fakulteta/srednje škole																		
	Broj dokumenta																						
	Broj uvjerenja o položenom stručnom ispitu																						
Datum polaganja stručnog ispita	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DAN</td><td>MJESEC</td><td colspan="2">GODINA</td><td colspan="6">Mjesto polaganja</td> </tr> </table>											DAN	MJESEC	GODINA		Mjesto polaganja							
DAN	MJESEC	GODINA		Mjesto polaganja																			
² Članarinu ću plaćati: (označi s X)	<input type="checkbox"/> mjesečno <input type="checkbox"/> kvartalno <input type="checkbox"/> polugodišnje <input type="checkbox"/> godišnje																						

Datum: _____ **Potpis:** _____

¹ Saglasan/suglasan sam za prikupljanje i daljnu obradu ovog podatka s ciljem bolje komunikacije Ureda Komore fizioterapeuta FBiH sa članstvom.

² Saglasna/suglasna sam da mi se članarina odbija preko platne liste od dana popunjavanja registracijskog obrazca (za radnike u zdravstvenoj ustanovi).

² Saglasan/suglasan sam uplaćivati članarinu za Komoru (ostali).

Podaci će se koristiti isključivo za potrebe komore, te se u druge svrhe neće koristiti.