

**ЗИУП-16**

Број захтева: \_\_\_\_\_  
 Дана: \_\_\_\_\_  
 Назив огранка исписа \_\_\_\_\_

Број захтева: \_\_\_\_\_  
 Дана: \_\_\_\_\_  
 Назив огранка уписа \_\_\_\_\_

**ЗАХТЕВ ЗА ИСПИС И ПОНОВНИ УПИС У ИМЕНИК ЧЛАНОВА СТОМАТОЛОШКЕ КОМОРЕ  
 СРБИЈЕ  
 УСЛЕД ПРОМЕНЕ ОГРАНКА**

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. |

Подносим захтев да ме по испису из горе заокруженог Огранка упишете у Огранак (заокружити број испред огранка):

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. за подручје града Београда; | 2. АП Војводина;               |
| 3. Западна и Централна Србија; | 4. Југоисточна Србија и К и М. |

Уз захтев подносим попуњен Образац промене.

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА**

Име и презиме \_\_\_\_\_

Улица и број \_\_\_\_\_

Контакт телефон \_\_\_\_\_

Датум -----