



ZAHTJEV

ZA IZDAVANJE CERTIFIKATA ZA OR

IME I PREZIME	
Ime jednog roditelja	
Datum rođenja	
Spol (zaokružiti)	<input type="checkbox"/> ženski <input type="checkbox"/> muški
Adresa i mjesto stanovanja	
Kontakt telefon	
e-mail	
ZAPOSLEN (Obvezno navesti naziv, mjesto i adresu institucije u kojoj ste zaposleni i adresu)	
ID institucije	
Sektor zaposlenja (zaokružiti)	<ul style="list-style-type: none">• Javna praksa (osobe koje rade u računovodstvenim ili revizorskim tvrtkama, odnosno pružaju profesionalne računovodstvene, revizijske, porezne i konzultantske usluge)• Privreda/industrija• Javni sektor (osobe koje rade u javnom sektoru)• Zaposlenje u obrazovnim institucijama (kao profesor, nastavnik...)• Zaposlenje u udrugama / fondacijama• Umirovljenik / zaposlen• Umirovljenik• Nezaposlen• Ostalo (navesti) _____

Oblik uposlenja (zaokružiti)	a) Samozaposlen b) Zaposlenik	
Radim na izradi i sastavljanju financijskih izvještaja (zaokružiti)	Da	Ne
Stručna sprema (zaokružiti)	<ul style="list-style-type: none"> • Doktori ekonomskih znanosti • Magistri ekonomskih znanosti (mr.sc.) • Magistri ekonomije 300 ECTS (znanstveni) • Bachelor ekonomije 240 ECTS (znanstveni) • Bachelor ekonomije 180 ECTS (stručni) • Bachelor ekonomije 240 ECTS (znanstveni) • Bachelor ekonomije 180 ECTS (stručni) • VŠS • Znanstveni ili stručni neekonomski studij • Ostalo (navesti)_____ 	
Jezik na kojem želite certifikat (bosanski, hrvatski ili srpski)		
Podaci o položenim ispitima za OR (navesti ispite i rokove na kojima su položeni ili su priznati u postupku redukcije ispita)		

Napomena:

VAŽNO: Potrebno je ispuniti sva predviđena polja s podacima u zahtjevu.

Uz ovaj zahtjev potrebno je dostaviti i:

- Dokaz o plaćenju članarini za tekuću godinu;
- Uvjerenje o praktičnom iskustvu izdanu od strane poslodavaca sukladno važećoj Odluci o uvjetima za stjecanje zvanja u računovodstvenoj profesiji;
- Izjava o prihvaćanju prava i obveze koja proizlaze iz Međunarodnog kodeksa etike za profesionalne računovođe (dostupno u nastavku dokumenta);
- U slučaju redukcije ispita ako su isti priznati dostaviti pripadajuću Odluku Komisije i dokaz o uplati ispita priznatih redukcijom;
- Presliku važeće licence za CR i
- Presliku certifikata za CR,

Zahtjev i tražene dokumente dostaviti u roku od 7 dana. Isto se dostavlja na isključivo na e-mail srrfbih.mostar@gmail.com

Datum_____.

Mjesto_____

Svojim potpisom jamčim za istinitost i točnost svih podataka koji su navedeni u zahtjevu, kao i u prilogima zahtjevu.

Podnositelj zahtjeva

(vlastoručni potpis)

IZJAVA

Ovim putem izjavljujem da prihvaćam prava i obveze koja proizlaze iz Međunarodnog kodeksa etike za profesionalne računovođe kao i iz drugih općih akata Saveza računovođa, revizora i financijskih djelatnika Federacije BiH, a posebno obvezu kontinuiranog profesionalnog usavršavanja u cilju obnavljanja i inoviranja svojih profesionalno-stručnih znanja i vještina, predviđenih za ovaj stupanj stručnog zvanja, a sukladno članku 6. stavak 2. Zakona o računovodstvu i reviziji BiH.

Datum_____.

Mjesto_____

Davatelj izjave

(vlastoručni potpis)