



ZAHTJEV ZA IZDAVANJE LICENCE ZA CR

IME I PREZIME		
Ime jednog roditelja		
Broj certifikata		
Datum rođenja		
Spol (zaokružiti)	ženski	muški
Adresa i mjesto stanovanja		
Kontakt telefon		
e-mail		
ZAPOSLEN (Obvezno navesti naziv, mjesto i adresu institucije u kojoj ste zaposleni)		
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/a	

	• Ostalo (navesti) _____	
Oblik uposlenja (zaokružiti)	a) Samozaposlen b) Zaposlenik	
Radim na izradi i sastavljanju financijskih izvještaja (zaokružiti)	Da	Ne
Jezik na kojem želite licencu (bosanski, hrvatski ili srpski)		

Zahtjev i izjava se podnose u roku od 15 dana od dana prijama certifikata na e-mail
srrfbih.mostar@gmail.com

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

Datum_____.

Mjesto_____

Podnositelj zahtjeva

(vlastoručni potpis)

I Z J A V A

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)