|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAVEZ RAČUNOVOĐA, REVIZORA I FINANSIJSKIH RADNIKA FBIH****SAVEZ RAČUNOVOĐA, REVIZORA I FINANCIJSKIH DJELATNIKA FBIH** |

**ZAHTJEV**

**ZA IZDAVANJE LICENCE ZA CR ILI CRT**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME** |  |
| **Ime jednog roditelja** |  |
| **Broj certifikata** |  |
| **Datum rođenja** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 **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)**