

ОБРАЗАЦ ИМЕНИКА СТОМАТОЛОШКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Образац именика попунити штампаним словима. За тачност података, члан одговара надлежним органима Коморе.

Лични подаци

Име, име родитеља и презиме _____

Девојачко презиме _____ Пол М / Ж

место рођења _____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Бр. личне карте _____ издата од МУП-а _____

Адреса - улица и број, место и пошт. број _____

Општина _____ Тел. кућа ____ / _____

Моб. тел. ____ / _____ e-mail _____

Држављанство _____ Националност _____

Професионални статус

1. запослен у државној установи
2. оснивач приватне праксе
3. запослен у приватној пракси
4. на стажу
5. незапослен

Назив, адреса и телефон државне установе или приватне праксе у којој др стоматологије **редовно обавља** здравствену делатност или је на стажу _____

_____ / _____

e-mail _____ @ _____, veb адреса www. _____

Назив, адреса и телефон државне установе или приватне праксе у којој др стоматологије **допунски обавља** здравствену делатност или је на стажу _____

_____ / _____

e-mail _____ @ _____, veb адреса www. _____

Подаци о образовању

Место и датум дипломирања, бр. дипломе _____

Просечна оцена током студирања _____ Година полагања државног испита _____

Специјализација (1) и датум полагања и оцена _____

Специјализација (2) и датум полагања и оцена _____

Датум стицања примаријата _____ Датум стицања академског звања магистра наука _____

Датум стицања научног степена доктор стоматолошких наука _____

Научно звање (заокружити): 1. Научни сарадник 2. Виши научни сарадник 3. Научни саветник

Наставно звање (заокружити): 1. Асистент 2. Доцент 3. Ванредни професор 4. Редовни професор

Остали подаци

Чланство у домаћим и иностраним лекарским удружењима

_____ датум

_____ (потпис подносиоца обрасца)

Подаци које попуњава оснивач приватне праксе

– Пуно пословно име под којим приватна пракса обавља здравствену делатност /из регистрационог листа/

- адреса приватне праксе

- матични број |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ПИБ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- шифра делатности _____ делатност _____

- име оснивача приватне праксе _____

- датум почетка обављања здравствене делатности _____

- тел. орд. _____ / _____

- e-mail орд. _____ @ _____

- веб адр. орд. www. _____

Доктори стоматологије (име и презиме, специјалност, научно звање) који обављају консултантске услуге у приватној пракси.

1. _____

2. _____

3. _____