

Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој др стомат. **допунски обавља здравст. делатност**

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

Подаци о образовању

Место и датум дипломирања, бр. дипл./уверења _____

Место и датум полагања државног испита, бр. потврде./уверења _____

Специјализант, датум почетка специјализације _____

Специјализације, датум полагања и оцена _____

Датум стицања: примаријата _____

академског звања магистра наука _____

научног степена доктора 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

Подаци које попуњава оснивач приватне праксе

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

Адреса приватне праксе _____

Датум почетка обављања здравствене делатности _____

Тел. орд. _____ e-mail орд. _____ veb adr. орд _____

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

1. _____

2. _____

3. _____

.....

датум

(потпис подносиоца обрасца)