

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
Краљице Наталије 1-3
11000 Београд

ПРЕДМЕТ: Захтев за полагање лиценцног испита

Подносим захтев за полагање лиценцног испита у складу са одредбама Закона о здравственој заштити и Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника, с обзиром на то да не испуњавам услове за обнављање лиценце.

Молим да ме благовремено обавестите о термину и адреси одржавања испита.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ

БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ

СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА/Е

УЖА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА/Е

АДРЕСА

Е-МАИЛ

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Потпис
