ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
Краљице Наталије 1-3
11 000 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 _____

ИМЕЈЛ _____

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН _____

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА _____

Потпис

_____