

ПОТВРДА О РАДУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ

За цео лиценци период почев од __. __. ____ . године

Попуњава послодавац

Потврђујем да је _____ (име и презиме запосленог),
 ЈМБГ _____ из _____ (адреса),
 по занимању _____, школска спрема _____
 запослен/а у _____ (назив послодавца-одељење)
 на одређено/неодређено време, почев од ____ / ____ / _____, до ____ / ____ / _____ године,
 на радном месту _____

Подаци о установи, приватној пракси

Назив: _____

Место, општина и адреса: _____

Телефон/факс: _____ Е-mail адреса (**обавезно**): _____

Шифра делатности: _____ ПИБ: _____ Матични број: _____

Категорија: **1)** примарна **2)** секундарна **3)** терцијарна **4)** остало (заокружити)Власништво: **1)** државно **2)** приватно (заокружити)

Потврда се издаје ради подношења захтева за обнављање лиценце члану Лекарске коморе Србије, везано за члан 9. Правилника о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце члановима комора здравствених радника ("Сл. гласник РС", бр.119/2007, 23/2009 и 40/2010).

Ова потврда се издаје од стране овлашћеног лица, под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

(датум и место)

(М.П.)

(овлашћено лице-име и презиме, функција)

Напомена: Уколико је било промене радног места у току лиценчног периода потребно је доставити потврде из свих установа где је члан ЛКС обављао здравствену делатност у одређеним временским периодима.