Образец бр.4



СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Огњан Прица бр1 Скопје; тел/факс: 02 3246 851/ 3 246 852

ПРИЈАВА ЗА ОБУКА И ПРОВЕРКА НА ЗНАЕЊА

Од\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бр.\_\_\_\_\_\_\_\_место\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Контакт телефон бр. (домашен/мобилен)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До Стоматолошка комора на Република Македонија се пријавувам за полагање на стручен испит во \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_испитен рок.

Испитот го полагам (првпат, вторпат)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Делот (обука/испит) од испитот го полагам повторно.

Кон пријавата доставувам и документација согласно:

-Правилникот за начинот на издавање, продолжување,обновување и одземање на лиценцата за работа и П р а в и л н и к за програмата за дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности на докторите на стоматологија за стекнување со лиценца за работа

-Уплата за проверка на стручни знаења.

*Стоматолошката комора на Македонија обезбедува организациски мерки за тајност и заштита на личните податоци*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Скопје Потпис на подносителот на пријавата