



**СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
MACEDONIAN DENTAL CHAMBER**

Ул. Антон Попов, бр. 1-4/5, Скопје
(02) 3246 851/852

**ПРИЈАВА ЗА УПИС ВО РЕГИСТАР ПО СПРОВЕДЕНА ПРОВЕРКА НА
ЗНАЕЊА**

Од _____.

Ул. _____ бр. _____ место _____,

Контакт телефон бр. (домашен/мобилен) _____.

E-mail _____.

Барам да ми се издаде лиценца за спроведување на _____.

Број на лиценца _____

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

_____ год.

Скопје

Потпис на подносителот на пријавата