



СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
MACEDONIAN DENTAL CHAMBER

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

П Р И Ј А В А
за запишување во регистарот на доктори на стоматологија

ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

Регистарски број

1. Име, татково име, презиме _____

ЕМБГ _____

Моминско презиме _____

За странски државјани:

Бр. на валидна патна исправа _____

Издадена од _____

Број на документ со кој е одобрен престојот во Р. Македонија _____

Пол : (м) (ж)

2. Дата на раѓање _____

3. Место на раѓање _____

4. Адреса на живеење _____

5. Место (поштенски број) _____

6. Контакт:

Телефон _____

E-mail адреса _____

ПОДАТОЦИ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА

Евиденција за образование и дополнителна едукација

а. Додипломска едукација

1. Година на започнување на студиите _____
2. Име на факултетот / универзитетот _____
3. Датум на дипломирање _____
4. Име на факултетот / универзитетот _____
5. Датум на положување на стручниот испит _____

Доктори на стоматологија со дипломи стекнати во странство:

Нострификација на диплома во/на _____ дата _____

Положил/а стручен испит во _____ дата _____

б. Постдипломска едукација - стручна

1. Тип на постдипломската едукација (заокружи)

а. Специјализација

б. Субспецијализација

2. Име на специјалноста / субспецијалноста _____
3. Име на факултетот / универзитетот _____
4. Датум на завршување на постдипломската едукација _____
5. Име на факултетот / универзитетот _____
6. Датум на положување на испитот _____

Доктори на стоматологија со завршени постдипломски студии во странство:

Нострификација на постдипломска едукација во _____

Дата _____

в. Постдипломска едукација - Научна

1. Тип на постдипломската научна едукација (заокружи)

а. Магистерски студии

б. Докторски студии

2. Област која се изучува _____

3. Наслов / тема _____

4. Датум на започнување на научните студии _____

5. Име на факултетот / универзитетот _____

6. Датум на одбраната _____

7. Име на факултетот / универзитетот _____

Доктори на стоматологија со завршени постдипломски студии во странство:

Нострификација на постдипломска едукација во _____

Дата _____

***Стектото звање примаријус**

Број на решение _____ /датум / _____

ПОДАТОЦИ ЗА ВРАБОТУВАЊЕ

1. Тип на вработување (заокружи):

а. Постојано вработен/а

б. Дополнителна работа

в. Вработен/а на одр. време

г. Невработен/а

2. Име и назив на установата или ординацијата на сегашното вработување:

Адреса на уст./орд. _____ место _____

3. Вид на работно место (заокружи) :

а. Доктор на стаж

б. Доктор специјалист

б. Доктор кој работи под надзор

г. Доктор самостоен без специјализација

4. Датум на сегашното вработување од _____

ИЗЈАВА

Со пополнувањето на оваа **Пријава** се согласувам да бидам член на Стоматолошка комора на Македонија и членарината ќе ја плаќам: (заокружи)

- A. Месечно преку одземање на сумата од мојата месечна плата на платниот список на установата во која работам
- B. Лично на доставена уплатница

За точноста на податоците одговара лицето што ја пополнува пријавата.

Скопје, дата _____

Потпис,

(полно име и презиме)

***Пополнува стручната служба на Стоматолошка комора на Македонија**

Датум на поднесеното барање за издавање на лиценцата за работа _____

Датум кога е издадена лиценцата за работа _____

Датум до кој важи лиценцата за работа _____

Вид на издадена лиценца за работа _____
