ЕКСПЕДИЦИОНЕН ШТЕМБИЛ

ПОТВРДА

Се потврдува дека лицето **(Име и презиме)** е вработен/а во **(име на ординација и специјалност*)** со полно работно време од 40 часа неделно, на неопределено време од **(дата на почетокот на работниот однос)** и работи на работно место како **(име на работното место на кое е вработен**)**.

ПЕЧАТ НА ОРДИНАЦИЈА

ПОТПИС НА ДИРЕКТОР

_____

*** Општа или специјалистичка ординација**

**** Општ стоматолог/ специјалист и област на специјализација (пр. Ортодонција, орална хирургија итн.)**