



СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
MACEDONIAN DENTAL CHAMBER

ул. „Балзакова“ бр. 32, Скопје

☎(02) 3246 822, skm@skm.mk

П Р И Ј А В А
ЗА ЧЛЕН НА ИСПИТНА КОМИСИЈА ЗА СТРУЧЕН ИСПИТ

	Име, татково име и презиме	
	(научен назив, име и презиме)	
1.		
2.	ЕМБГ	
3.	Адреса на живеење	
4.	Степен на образование	
5.	Датум на стекнувањето на звањето доктор на стоматолошки науки	
6.	Подрачје, поле и област на научниот степен доктор на науки	
7.	Податоци за вработување	
	Назив на акредитираната високообразовна установа:	
	Датум на засновање на работен однос	

Подносителот на Пријавата, под полна материјална и кривична одговорност, одговара за точноста на податоците внесени во неа.

Скопје, _____ година

Подносител,
