**ДO**

**СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА**

**- СЕКТОР РЕГИСТАР, ЛИЦЕНЦИ И АРХИВА**

**БАРАЊЕ ЗА ЗАЧЛЕНУВАЊЕ**

**ВО СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА**

Врз основа на **член 14 од Статутот на СТОМАТОЛОШКАТА КОМОРА НА**

**МАКЕДОНИЈА**, јас, д-р \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(име, татково име и презиме)

доктор на стоматологија, со ЕМБГ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и

живеалиште на ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса од лична карта, место/општина)

и е-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

го поднесувам ова **БАРАЊЕ ЗА ЗАЧЛЕНУВАЊЕ** ВО СТОМАТОЛОШКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА.

Доброволно се согласувам, СТОМАТОЛОШКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА да ги користи моите лични податоци (име и презиме, ЕМБГ, адреса, телефон, е-маил) запишани во ова барање. Мојата согласност можам да ја откажам во секое време. Моите податоци можат да бидат обработени единствено од овластени лица.

**Датум** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **БАРАТЕЛ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_