

**КНИШКА ЗА СПРОВЕДЕНА ДОПОЛНИТЕЛНА ОБУКА
НА ДОКТОР НА СТОМАТОЛОГИЈА**

(име, татково име и презиме)

1. Место и дата на раѓање: _____
2. Општина: _____
3. Држава: _____
4. Број на диплома и датум на дипломирање: _____
5. Назив на високообразовна институција: _____
6. **Регистерски број на лиценца за работа:** _____
7. Дата на започнување на дополнителната обука: _____
8. Назив на здравствената организација: _____
9. Име и презиме на едукаторот : _____

Назив на здравствената организација	
Гранка на стоматологијата	
Датум кога е започната дополнителната обука	
Датум кога е завршена дополнителната обука	
Резултата од спроведената дополнителна обука	
Потпис и печат на едукаторот	М.П.