Образец бр. 8

СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
MACEDONIAN DENTAL CHAMBER

ул. „Балзакова“ бр. 32, Скопје
(02) 3246 822, skm@skm.mk

До
СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
-Комисија за стоматолошка етика и деонтологија-

БАРАЊЕ ЗА ОБНОВУВАЊЕ НА ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА
по спроведена ДОПОЛНИТЕЛНА ОБУКА и ПРОВЕРКА на СТРУЧНИ ЗНАЕЊА и СПОСОБНОСТИ

ОД
_____
(име, татково име и презиме)
_____
(адреса од лична карта, место/општина)

Контакт тел: _____

E-mail: _____

ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА со
регистарски број _____

Јас _____ доктор на стоматологија го поднесувам ова барање за обновување на лиценца за работа по _____.
(општа стоматологија **или** специјалност/супспецијалност)

Кон барањето, приложувам: *(да се заокружи)*

1. доказ дека во периодот на важноста на лиценцата за работа сум се стекнал со соодветен број на **бодови**

2. доказ дека најмалку **60%** од времето на важноста на лиценцата за работа сум работел во: *(да се заокружи едно)*
   - дејноста за која имам лиценца за работа
   - во стоматолошка здравствена заштита

3. **Уверение** за успешно завршена дополнителна обука и проверка на стручни знаења и способности

Кон ова Барање, приложувам и: *(да се заокружи едно)*
- ***** уплатница во износ од **3.200,00 денари** за платен трошок за обновување на лиценцата за работа на **ж-сметка 300 000000477179**

Датум _____ **БАРАТЕЛ** _____

*** Уплата во износ од 2.800,00 денари за платен трошок за обновување на лиценцата за работа, се плаќа само доколку докторот на стоматологија, добил решение за ПРИВРЕМЕНО ОДЗЕМАЊЕ НА ЛИЦЕНЦАТА ЗА РАБОТА**