СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
ODA STOMATOLOGJIKE E MAQEDONISË
MACEDONIAN DENTAL CHAMBER

ул „Балзакова“ бр. 32, Скопје
+389 (02) 3246 851/852
skm@skm.mk www.skm.mk

**До**
**СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА**
**-Сектор државни испити и обуки-**

# ПРИЈАВА ЗА ПОЛАГАЊЕ НА СТРУЧЕН ИСПИТ

Од _____
(име, татково име и презиме)

со живеалиште на ул. _____, бр. _____, место/општина _____,

контакт телефон: _____ , e-mail _____,

се пријавувам за полагање на стручен испит во _____ испитен рок.

Испитот го полагам по _____ пат.

Првиот дел / вториот-практичниот дел од испитот го полагам повторно.

Кон пријавата доставувам:

1) **уверение и диплома за завршено високо образование од областа на стоматологијата,** *во фотокопија заверена кај нотар;*

2) **книшка за завршена пробна работа, пополнета согласно планот и програмата за пробна работа,** *во оригинал* **и**

3) **потврда за уплатени средства на сметка на Комората бр.** 300000000477179 во Комерцијална банка АД Скопје**,** во *оригинал***.**

*Стоматолошката комора на Македонија гарантира за тајност и заштита на личните податоци.*

**Скопје,____.____. 20____год.**

**Подносител на пријавата,**

_____

Доброволно се согласувам, СТОМАТОЛОШКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА да ги користи моите лични податоци и другите податоци запишани во Барањето/Пријавата. Мојата согласност можам да ја откажам во секое време. Моите податоци можат да бидат обработени единствено од овластени лица.