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 РЕГИСТАР, ЛИЦЕНЦИ И АРХИВА-

БАРАЊЕ ЗА ЗАМЕНА НА ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА

ОД

_____
(име, татково име и презиме)

_____
(адреса од лична карта, место/општина)

Контакт тел: _____

E-mail: _____

Јас _____, доктор на стоматологија, го поднесувам ова барање за **ЗАМЕНА НА ЛИЦЕНЦАТА ЗА РАБОТА**, поради следниве причлини:

- **Загубена лиценца за работа**
- **Оштетена лиценца за работа**
- **Друго (образложение)** _____
  _____

Со ова Барање ги доставувам и следните документи:

1. **Потврда од Службен Весник на Република Северна Макединија, дека документот е огласен за неважечки**

2. **Уплатница во износ од 600,00 денари за платен трошок за замена на лиценцата за работа на ж-сметка 300 000000477179**

Датум _____ **БАРАТЕЛ,** _____

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.