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
-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:
   - 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)***
- уплатница во износ од **2.800,00 денари** за платен трошок за обновување на лиценцата за работа на **ж-сметка 300 000000477179**

Барам, лиценцата за работа, покрај на македонски јазик и кирилско писмо, да биде изготвена и на еден од наведените јазици и писмо:

- **албански**
- **ромски**
- **српски**
- **турски**
- **влашки**
- **босански**

Име, татково име и презиме напишано на јазикот и писмото на кој барам да ми се изготви лиценцата за работа:

_____

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.