

KOMORA DOKTORA STOMATOLOGIJE REPUBLIKE SRPSKE
OBRAZAC ZAHTJEVA ZA UPIS U IMENIK KOMORE DOKTORA STOMATOLOGIJE RS

(ime i prezime doktora stomatologije)

(mjesto i datum)

(broj licence)

Fotografija
(3,5 x 4,5 cm)

KOMORA DOKTORA STOMATOLOGIJE
STRUČNA SLUŽBA

Banja Luka, Marije Bursać br.10

PREDMET: Zahtjev za upis u Imenik Komore doktora stomatologije

Na osnovu člana 6. Zakona o zdravstvenim komorama (Službeni glasnik RS br. 35/03), podnosim ovaj zahtjev za upis u Imenik .

U prilogu zahtjeva dostavljam popunjeni obrazac, te dokumentaciju propisanu članom 11. stav 2. Statuta Komore (Službeni glasnik RS br. 132/10) i članom 4. Uputstva za upis u Imenik članova Komore.

(ime i prezime)

Prilog :

1. Ovjerenu fotokopiju diplome Stomatološkog fakulteta
2. Ovjerenu fotokopiju uvjerenja o položenom stručnom ispitu
3. Uvjerenje o prijavi boravka – prebivališta
4. Uvjerenje o državljanstvu
5. Ovjerenu fotokopiju specijalističkog ispita
6. Uvjerenje o stečenoj tituli akademskog studija trećeg ciklusa (mr sci, dr sci.)
7. Potvrdu o izvršenoj uplati 200 KM na žiro-račun broj 562-100-80007011-92, Komora doktora stomatologije Republike Srpske, NLB Razvojna banka, Banja Luka
8. Jedna fotografija

KOMORA DOKTORA STOMATOLOGIJE REPUBLIKE SRPSKE
OBRAZAC ZAHTJEVA ZA UPIS U IMENIK KOMORE DOKTORA STOMATOLOGIJE RS

OPŠTI PODACI

Ime i prezime _____
Ime oca _____
Djevojačko prezime _____
Pol M Ž _____ JMBG _____ Državljanstvo _____
Datum rođenja _____
Mjesto rođenja:
Grad _____ Opština _____ Država _____

PODACI O STOMATOLOŠKOM STUDIJU

Mjesto diplomiranja _____
Datum diplomiranja _____
Broj diplome _____

PODACI O STRUČNOM ISPITU

Datum uvjerenja o položenom stručnom ispitu _____

PODACI O SPECIJALISTIČKOM ISPITU

Vrsta specijalizacije _____
Broj uvjerenja o položenom specijalističkom ispitu _____
Datum uvjerenja o položenom specijalističkom ispitu _____

PODACI O POSTDIPLOMSKOM STUDIJU

Naziv postdiplomskog studija _____
Broj uvjerenja o završenom postdiplomskom studiju _____
Datum uvjerenja o završenom postdiplomskom studiju _____

PODACI O AKADEMSKIM TITULAMA, NAUČNIM I NASTAVNIM ZVANJIMA

Magisterij nauka: Broj _____ Datum _____
Doktorat nauka: Broj _____ Datum _____
Naučno zvanje: _____
Nastavno zvanje: _____

PODACI O MJESTU STANOVANJA

Grad _____ Telefon _____
PTT broj _____ Faks _____
Ulica _____ Mobilni _____
Kući broj _____ e-mail _____

PODACI O NAČINU OBAVLJANJA STOMATOLOŠKE DJELATNOSTI

1. PRIVATNA PRAKSA

Naziv _____

Vrsta _____

(opšta, specijalistička, ordinacija u zakupu i dr.)

Ime i prezime nosioca stomatološke ordinacije _____

Sjedište i adresa _____

Matični broj _____ Žiro račun _____

Telefon _____ Fax: _____ e-mail: _____

Broj i datum rješenja Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite

Vrsta stomatološke djelatnosti koja se obavlja u stomatološkoj ordinaciji

Da li je uz stomatološku ordinaciju osnovana zubotehnička laboratorija **DA** **NE**

Datum početka rada stomatološke ordinacije _____

Popis zaposlenih radnika u stomatološkoj ordinaciji

Doktor stomatologije _____

Stomatološki asistent _____

Medicinska sestra _____

Ostali _____

Da li stomatološka ordinacija ima sklopljen ugovor s osiguravajućim društvom **DA** **NE**

Naziv osiguravajućeg društva _____

PODACI O NAČINU OBAVLJANJA STOMATOLOŠKE DJELATNOSTI

2. DRUŠTVENI SEKTOR

Naziv -----

Središte i adresa -----

Telefon -----

Fax -----

e-mail -----

Datum početka rada u zdravstvenoj ustanovi -----

OSTALI PODACI

NEZAPOSLEN *DA* *NE*

PENZIONER Od -----

Godine ukupnog radnog iskustva -----

Godine radnog iskustva u struci -----

Znanje stranog jezika (navesti kojeg) -----

Članstvo u domaćim i stranim stručnim udruženjima, društvima i sl. (navesti nazive, te od-do)

Priznanja i nagrade (navesti naziv i kada)

Mjesto i datum

Potpis doktora stomatologije

Izjavljujem da su gore navedeni podaci tačni, a dokumenti koje prilažem vjerodostojni, te da nisam krivično kažnjavan-a za djela vezana za obavljanje profesionalne djelatnosti.