

**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 stranih državljana 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 3. Statuta Komore i članom 8. Pravilnika o postupku izdavanja, obnavljanja, odnosno oduzimanja licence za rad doktora stomatologije.

\_\_\_\_\_  
( ime i prezime )

Prilog:

1. Ovjerenu fotokopiju diplome Stomatološkog fakulteta
2. Ovjereno uvjerenje o nostrifikaciji diplome o završenom fakultetu u drugoj zemlji ili na teritoriji bivše SFRJ, poslije 6. aprila 1992. godine, osim u Republici Srbiji
3. Ovjerenu fotokopiju uvjerenja o položenom stručnom ispitu
4. Uvjerenje o prijavi boravka – prebivališta
5. Uvjerenje o državljanstvu
6. Uvjerenje nadležnog državnog organa za boravak u Republici Srpskoj (Služba za poslove sa strancima)
7. Ovjerenu fotokopiju specijalističkog ispita (ukoliko posjeduje)
8. Rješenje o izdatoj radnoj dozvoli za rad preko 90 dana u godini, tj. potvrda o prijavi rada za rad do 90 dana u godini izdata od nadležnog organa za zapošljavanje (Zavod za zapošljavanje RS)
9. Uvjerenje o stečenoj tituli akademskog studija trećeg ciklusa (mr sci, dr sci.)
10. Potvrdu o izvršenoj uplati 1,500.00 KM na žiro-račun broj 562-100-80007011-92, Komora doktora stomatologije Republike Srpske, NLB banka, Banja Luka
11. Jedna fotografija

---

**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**

Mjesto polaganja stručnog ispita -----

Datum uvjerenja o položenom stručnom ispitu -----

Broj uvjerenja o položenom stručnom ispitu -----

**PODACI O SPECIJALISTIČKOM ISPITU**

Vrsta specijalizacije -----

Broj uvjerenja o položenom spec. ispitu -----

Datum uvjerenja o položenom spec. ispitu -----

**PODACI O POSTDIPLOMSKOM STUDIJU**

Naziv postdiplomskog studija -----

Broj uvjerenja o završenom postidpl. studiju -----

Datum uvjerenja o završenom postidpl. studiju -----

**PODACI O AKADEMSKIM TITUALAMA, NAUČINIM 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 -----

Broj kućni ----- 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-mal \_\_\_\_\_

Broj i datum rješenja Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite \_\_\_\_\_

Vrsta stomatološke djelatnosti koja se obavlja u stomatološkoj ustanovi

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ostali \_\_\_\_\_

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

---

## PODACI O NAČINU OBAVLJANJA STOMATOLOŠKE DJELATNOSTI

### 2. DRUŠTVENI SEKTOR

Naziv \_\_\_\_\_

Sjedište 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 kad)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.