

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 6. Pravilnika o postupku izdavanja, obnavljanja, odnosno oduzimanja licence za rad doktora stomatologije.

(ime i prezime)

Prilog:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ovjerenu fotokopiju diplome Stomatološkog fakulteta2. Ovjerenu fotokopiju uvjerenja o položenom stručnom ispitu3. Uvjerenje o prijavi boravka – prebivališta4. Uvjerenje o državljanstvu5. Ovjerenu fotokopiju specijalističkog ispita6. 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 banka, Banja Luka8. 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 postipl. studiju _____

Datum uvjerenja o završenom postipl. studiju _____

PODACI O AKADEMSKIM TITUALAMA, 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 _____

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.