



ОП-16

Број Обрасца _____

Дана _____

ОБРАЗАЦ ПРОМЕНЕ ИМЕНИКА СТОМАТОЛОШКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Образац именика попунити штампаним словима. За тачност података, члан одговара надлежним органима Коморе.

Име и презиме _____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ИД број _____ Број Лиценце _____

У складу са законском обавезом вршим пријаву промена следећих података из Образаца именика (Заокружите број само испред насталих промена и попуните поља у оквиру изабраног броја)

1. Име и презиме

Раније _____ Садашње _____

Основ промене имена/презимена _____

2. Адреса становања- улица и број, место и пошт. број _____

Општина _____ Тел. кућа _____ Моб. тел. _____

e-mail _____ Држављанство _____ Националност _____

Адреса за пријем писмена- улица и број, место и пошт. број _____

3. Професионални статус

А. запослен у државној установи Б. оснивач приватне праксе В. запослен у приватној пракси

Г. Незапослен Д. Пензионер Ђ. Пензионер-оснивач Е. Пензионер-запослен

Ж. Допунски рад З.Остало _____

Датум настанка промене: _____

Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој др стомат. **редовно обавља здравст. делатност**

1. _____

e-mail _____ @ _____ тел. _____ веб адреса www. _____

2. _____

e-mail _____@_____, veb adresa www. _____

Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој др стомат. **допунски обавља здравст. делатност**

e-mail _____@_____, veb adresa www. _____

4. Подаци о образовању

Место и датум полагања државног испита, бр. потврде./уверења _____

Специјализант, датум почетка специјализације _____

Специјализације, датум полагања _____

Датум стицања: примаријата _____

академског звања магистра наука _____

научног степена доктора стоматолошких наука _____

Научно звање (заокружити): 1. Научни сарадник 2. Виши научни сарадник 3. Научни саветник

Наставно звање (заокружити): 1. Асистент 2. Доцент 3. Ванредни професор 4. Редовни професор

Датум стицања научног звања _____ Датум стицања наставног звања _____

5. Подаци које попуњава оснивач приватне праксе (попуњава оснивач у погледу промена везаних за постојећу приватну праксу и попуњава оснивач нове приватне праксе)

Пуно пословно име под којим приватна пракса обавља здравствену делатност /из регистрационог листа/

Адреса приватне праксе _____

Датум почетка обављања здравствене делатности _____

Тел. орд. _____ e-mail орд. _____ veb adr. орд _____

Доктори стоматологије (име и презиме, специјалност, научно звање) који су запослени и обављају консултантске услуге у приватној пракси.

1. _____

2. _____

3. _____

6. Изјављујем да ћу уплату чланарине у износу од 800,00 РСД месечно у будуће вршити: (заокружити број)

1. ЛИЧНО

2. ПРЕКО НАЛОГА СЛУЖБИ

Као доказ насталих промена подносим следећа документа:(заокружити број испред документа)

1. Лична карта (очитана, фотокопија)
2. Оверена фотокопија: А) потврде Б) уверења о положеном стручном испиту
3. Потврда о обављању специјалистичког стажа
4. Оверена фотокопија: А) уверења Б) дипломе о положеном специјалистичком испиту
5. Оверена фотокопија доказа о стеченом наставно- научном звању, одлука надлежног органа
6. Оверена фотокопија доказа о стеченом примаријату
7. Потврда послодавца о радном статусу и фотокопија Уговора о раду
8. Потврду о незапослености
9. Фотокопија решења о упису /промени у регистар код надлежног органа АПР
10. Оверена фотокопија решења о пензији

_____ датум

_____ (потпис подносиоца обрасца)

.....

ЗАКЉУЧАК

Потребно је да у року од 15 дана доставите следећа документа:

Уколико не поступите по закључку, неће се извршити промена.

Дана: _____

Службено лице: _____

Поступио по закључку: ДА / НЕ

Дана: _____

Службено лице: _____

.....

Извршити промену: ДА / НЕ

Дана: _____

Службено лице: _____