



ЗУ-16

Број захтева: _____

Дана: _____

Назив огранка _____

ЗАХТЕВ ЗА УПИС У ИМЕНИК СТОМАТОЛОШКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Име и Презиме _____, ЈМБГ _____

пребивалиште _____ подносим захтев да ме упишете у Именик огранка Коморе
(заокружити број испред огранка)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. за подручје града Београда; | 2. АП Војводина; |
| 3. Западна и Централна Србија; | 4. Југоисточна Србија и К и М. |

Подносим захтев за упис као доктор стоматологије(заокружите број и слово испред основа)

1. без положеног стручног испита 2. приправник

3. са положеним стручним испитом као:

А) доктор опште стоматологије **Б)** доктор стоматологије специјализант

В) доктор стоматологије специјалиста: _____
(упишите специјализацију)

Г) примаријус

Д) наставно-научно звање _____
(упишите звање)

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

1. ЛИЧНО

2. ПРЕКО НАЛОГА СЛУЖБИ

Уз захтев подносим следећа документа (заокружите број и слово испред документа):

1. Лична карта (очитана, фотокопија)
2. Оверена фотокопија: **А)** уверења **Б)** дипломе **В)** нострификоване дипломе о завршеним основним студијама
3. Потврда о обављању приправничког стажа
4. Оверена фотокопија: **А)** потврде **Б)** уверења о положеном стручном испиту



5. Потврда о обављању специјалистичког стажа
6. Оверена фотокопија: **А)** уверења **Б)** дипломе о положеном специјалистичком испиту
7. Оверена фотокопија доказа о стеченом наставно- научном звању, одлука надлежног органа
8. Оверена фотокопија доказа о стеченом примаријату
9. Потврда послодавца о радном статусу и фотокопија Уговора о раду
10. Потврду о незапослености
11. Фотокопија решења о упису у регистар код надлежног органа АПР
12. Оверена фотокопија решења о пензији
13. Две фотографије димензије 30x35мм (потписане на полеђини)
14. Доказ о плаћеној накнади за упис у Именик
15. Налог служби за обрачун личне зараде за плаћање чланарине
16. Испуњен Образац ОИ-16 Стоматолошке коморе Србије
17. Овлашћење за подношење захтева

Напомена: Попуните/заокружите читко захтев.

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Име и презиме _____

Улица и број _____

Контакт телефон _____

Потпис _____

Датум: _____

Службено лице: _____