

Република Србија
КОМОРА БИОХЕМИЧАРА СРБИЈЕ
Антифашистичке борбе 16/8, IV спрат, 11070 Нови Београд
Контакт телефон/факс: +381 11 22 83 878; +381 69 32 30 855
E-mail: office@kbs.co.rs
<http://www.kbs.co.rs/>

ПРЕДМЕТ: Захтев за полагање лиценцног испита

Подносим захтев за полагање лиценцног испита у складу са одредбама Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019) и Правилником о изменама и допунама Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника ("Сл. гласник РС", бр. 119/2007, 23/2009, 40/2010 и 102/2015), с обзиром на то да не испуњавам услове за обнављање лиценце.

Молим да ме благовремено обавестите о термину и адреси одржавања испита.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ: _____

БР. ЛИЦЕНЦЕ/ПЕРИОД ВАЖЕЊА: _____

СТРУЧНО ЗВАЊЕ: _____

СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА: _____

УЖА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА: _____

АДРЕСА: _____

E-MAIL: _____

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: _____

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА: _____

*Уз захтев подносим и доказ о уплати накнаде за полагање лиценцног испита.

Подносилац захтева

Својеручни потпис

Место и датум