

Република Србија
КОМОРА БИОХЕМИЧАРА СРБИЈЕ
Антифашистичке борбе 16/8, IV спрат 11150 Нови Београд
Контакт телефон/факс: +381 11 22 83 878; +381 66 80 11 557
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. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015) и Правилником 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