

ПОТВРДА О РАДУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ

За период важења лиценце

Потврђујем да је _____ (име и презиме запосленог),
 ЈМБГ _____ из _____ (адреса),
 по занимању _____, школска спрема _____

Подаци о установи, приватној пракси у којој је члан запослен у тренутку подношења захтева за обнављање лиценце.

запослен/а у _____ (назив послодавца-одељење)

Место, општина и адреса: _____

на пословима _____

на одређено/неодређено време, од ___/___/_____, до ___/___/_____, године,

у укупном периоду од _____ година, _____ месеци и _____ дана.

 (датум и место)

(М.П.)

 (овлашћено лице-име и презиме, функција)

Подаци о здравственој установи, приватној пракси у којој је члан био претходно запослен а у периоду важења лиценце коју жели да обнови.

запослен/а у _____ (назив послодавца-одељење)

место, општина и адреса: _____

на пословима _____

на одређено/неодређено време, од ___/___/_____, до ___/___/_____, године,

у укупном периоду од _____ година, _____ месеци и _____ дана.

 (датум и место)

(М.П.)

 (овлашћено лице-име и презиме, функција)

Подаци о здравственој установи, приватној пракси у којој је члан био претходно запослен а у периоду важења лиценце коју жели да обнови.

запослен/а у _____ (назив послодавца-одељење)

место, општина и адреса: _____

на пословима _____

на одређено/неодређено време, од ___/___/_____, до ___/___/_____, године,

у укупном периоду од _____ година, _____ месеци и _____ дана.

 (датум и место)

(М.П.)

 (овлашћено лице-име и презиме, функција)