Ja, dole potpisani/potpisana, izjavljujem da su informacije koje sam pružio/pružila tačne i obavezujem se da ću prijaviti sve promene u roku od 30 dana od njihovog nastanka.

|  |
| --- |
|  **Lični podaci** |
| Broj dozvole/licence\* |  |
| Ime i prezime koje se koristi u zdravstvenim aktivnostima\* |  |
| Ime i prezime po rođenju\* |  |
| Ime i prezime po ličnoj karti\* |  |
| Datum rođenja\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina) \_\_ \_\_ (mesec) \_\_ \_\_ (dan) |
| Mesto rođenja\* |  |
| Ime roditelja iz lične karte |  |
| Pol\* | muški ⬜ / ženki ⬜ |
| Lični broj\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| Kućna adresa\*(po ličnom broju) | Poštanski broj: |
| Naselje: |
| Adresa: (ulica, kućni broj, sprat, vrata) |  |
| Adresa za prijem pošte\* | Poštanski broj: |
| Naselje: |
| Adresa: (ulica, kućni broj, sprat, vrata) |  |
| Imejl-adresa\* |  |
| Broj telefona\* |  |

|  |
| --- |
| **Podaci o kvalifikacijama** |
| Godina diplomiranja\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina)  |
| Broj diplome |  |
| Naziv institucije izdavaoca diplome |  |
| Tip diplome\* | opšta medicina ⬜ *ili* stomatologija ⬜ *ili* nemedicinska ⬜ |
| Izdavalac diplome\* | Obrazovna ustanova iz Mađarske ⬜Diploma stečena u inostranstvu ⬜Nostrifikacija diplome ⬜Diploma iz Srbije ⬜ |
| Imam specijalistički ispit / medicinsku specijalizaciju\* | da ⬜ ne ⬜ |
| Naziv specijalizacije\* |  |
| Godina polaganja specijalističkog ispita\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina)  |
| Izdavalac specijalizacije |  |
| Položen ispit za strani jezik\* | da ⬜ ne ⬜ |
| Nivo, tip ispita stranog jezika |  |
| Izdavalac, godina diplome o položenom jezičkom ispitu  |  \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina) |
| Poznavanje stranih jezika bez položenog ispita\* | da ⬜ ne ⬜ |
| Spisak stranih jezika i procenjeni nivo znanja |  |
| Imam druge diplome/sertifikate\* | da ⬜ ne ⬜ |
| Tip druge diplome/sertifikata (npr. PhD) |  |
| Godina sticanja druge diplome/sertifikata | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina)  |
| Redni broj druge diplome/sertifikate |  |
| Izdavalac druge diplome/sertifikate |  |

|  |
| --- |
| **Podaci o zaposlenju** |
| Naziv radnog mesta\* |  |
| Adresa radnog mesta\* |  |
| Broj telefona na radnom mestu |  |
| Pozicija, zvanje\* |  |
| Odeljenje\* |  |
| Datum zaposlenja na trenutnom radnom mestu | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina) |
| Medicinsko radno iskustvo | \_\_\_\_ godina |
| Specijalističko radno iskustvo | \_\_\_\_ godina |
| Penzionisanje od (ako je odgovor na sledeće pitanje da) | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (godina) |
| Rad u penziji\* | da ⬜ ne ⬜ |

|  |
| --- |
| **Podaci za fakturisanje**(popunite samo ako zahtevate račun o članarini izdat na ime vaše firme) |
| Naziv (firme) primaoca fakture\* |  |
| Adresa primaoca fakture\* |  |
| Poreski broj (firme) primaoca fakture |  |

|  |
| --- |
| **Podaci o plaćanju članarine, izjave \*** |
| Način plaćanja članarine | ⬜ uplatom na račun u jednakim mesečnim ratama, do 10. u tekućem mesecu |
| ⬜ uplatom na račun u dve jednake godišnje rate, do 31. marta i 30. septembra tekuće godine |
| ⬜ uplatom na račun u jednom iznosu godišnje, do 31. marta tekuće godine |
|  |
| ⬜ | Zahtevam izuzeće od plaćanja članarine jer imam više od 70 godina. |
| ⬜ |  |

Dana: ………………………………………..

…………………………………………………

potpis

m.p.