

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.

<b>Lični podaci</b>	
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 <input type="checkbox"/> / ženki <input type="checkbox"/>
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*	

.....  
paraf

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

.....  
paraf

<b>Podaci o zaposlenju</b>	
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 <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

.....  
paraf

<b>Podaci za fakturisanje</b>	
(popunite samo ako zahtevate račun o članarini izdat na ime vaše firme)	
Naziv (firme) primaoca fakture*	
Adresa primaoca fakture*	
Poreski broj (firme) primaoca fakture	

<b>Podaci o plaćanju članarine, izjave *</b>	
Način plaćanja članarine	<input type="checkbox"/> uplatom na račun u jednakim mesečnim ratama, do 10. u tekućem mesecu
	<input type="checkbox"/> uplatom na račun u dve jednake godišnje rate, do 31. marta i 30. septembra tekuće godine
	<input type="checkbox"/> uplatom na račun u jednom iznosu godišnje, do 31. marta tekuće godine
<input type="checkbox"/>	Zahtevam izuzeće od plaćanja članarine jer imam više od 70 godina.
<input type="checkbox"/>	

Dana: .....

.....  
 potpis  
 m.p.

.....  
 paraf