

**/Попунити читко штампаним словима/**

\_\_\_\_\_ /пуни назив здравствене установе/

\_\_\_\_\_ /адреса - број телефона/

Број: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

На основу **ЈАВНОГ ПОЗИВА** за кандидате за доктора медицине у тиму породичне медицине, доктора медицине специјалисте педијатрије и доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства на примарном нивоу здравствене заштите за 2025. годину, који је објављен у \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_, доставља се

**Л И С Т А**

кандидата за избор доктора медицине у тиму породичне медицине  
за подручје општине \_\_\_\_\_ .

Р/Б	Име и презиме	ЈМБГ	Звање-специјалност	Шифра тима
1	2	3	4	5

**Директор  
здравствене установе**  
М.П. \_\_\_\_\_