

ПРИЈЕДЛОГ ЗА ДОДЈЕЛУ ОВЛАШЋЕЊА/
ИЗМЈЕНА ПОДАТАКА О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ ИЛИ ДОКТОРУ
СТОМАТОЛОГИЈЕ КОЈЕМ ЈЕ ДОДИЈЕЉЕНО ОВЛАШЋЕЊЕ/ОДУЗИМАЊЕ
ОВЛАШЋЕЊА

Назив подносиоца приједлога/здравствене установе	
Адреса и контакт телефон подносиоца приједлога/ здравствене установе	
Име и презиме контакт особе	
Број и датум приједлога	
Садржај приједлога	<input type="checkbox"/> додјела овлашћења <input type="checkbox"/> измјена података о доктору медицине или доктору стоматологије којем је додијељено овлашћење <input type="checkbox"/> одузимање овлашћења

Име и презиме доктора медицине или доктора стоматологије																			
Датум рођења доктора медицине или доктора стоматологије																			
Јединствени матични број доктора медицине или доктора стоматологије	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
Доктор медицине или доктор стоматологије (специјалност/супспецијалност)																			

Датум стицања звања специјалисте/ супспецијалисте	
Установа у којој је доктор медицине или доктор стоматологије запослен	
Датум пријаве овлашћења	
Датум одузимања овлашћења	
Датум измјене података о доктору медицине или доктору стоматологије	
Разлог додјелјивања овлашћења / измјене података о доктору медицине или доктору стоматологије / одузимања овлашћења	

Одговорно лице:

М. П.

.....
ПОТПИС

Датум:

.....
пуно име и презиме