

ПОТВРДА О РАДУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ
за период важења лиценце

Потврђујем да је _____ (име и презиме запосленог),
ЈМБГ _____ из _____ (адреса),

запослен/а у _____ (назив послодавца-одељење)

Место, општина и адреса: _____

на пословима:

а) доктора медицине

б) специјалиста _____

в) специјалиста _____

г) ужа специјализација _____

на одређено/неодређено време, од ____/____/____, до ____/____/____ године,

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

(датум и место)

(овлашћено лице-име и презиме, функција)

(М.П.)

Потврда се издаје ради обнављања лиценце члану ЛКС. Ова потврда се издаје од стране овлашћеног лица под пуном, материјалном и кривичном одговорношћу.

НАПОМЕНА: Уколико је било промене радног места у току лиценцног периода потребно је доставити потврде из свих установа где је члан ЛКС обављао здравствену делатност у одређеним временским периодима.