ПРИЈЕДЛОГ ЗА ДОДЈЕЛУ ОВЛАШЋЕЊА/
ИЗМЈЕНУ ПОДАТАКА О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ 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	☐ додјела овлашћења ☐ измјена података о доктору медицине којем је додијељено овлашћење ☐ одузимање овлашћења

Име и презиме доктора медицине	
Датум рођења доктора медицине	
ЈМБ доктора медицине	
Доктор медицине (специјалност/супспецијалност)	
Датум стицања звања специјалисте/супспецијалисте	
Установа у којој је доктор медицине запослен/ангажован	
Датум пријаве овлашћења	
Датум одузимања овлашћења	
Датум измјене података о доктору медицине	
Разлог додјељивања овлашћења/измјене података о доктору медицине/одузимања овлашћења	

Одговорно лице:

М. П.

потпис

Датум:

пуно име и презиме