

Пријава/одјава доктора у ИЗИС-у

1. Подаци о здравственој установи која врши пријаву/одјаву	
Назив здравствене установе	
Сједиште здравствене установе	
Контакт телефон	
Е - mail	
2. Подаци о доктору	
Име и презиме	
ЈМБ	
Организациона јединица	
Специјализација	
Титула	
Шифра доктора (ФЗО РС)	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
3. Подаци о доктору	
Име и презиме	
ЈМБ	
Организациона јединица	
Специјализација	
Титула	
Шифра доктора (ФЗО РС)	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	

4. Подаци о доктору	
Име и презиме	
ЈМБ	
Организациона јединица	
Специјализација	
Титула	
Шифра доктора (ФЗО РС)	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
5. Подаци о доктору	
Име и презиме	
ЈМБ	
Организациона јединица	
Специјализација	
Титула	
Шифра доктора (ФЗО РС)	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
6. Подаци о доктору	
Име и презиме	
ЈМБ	
Организациона јединица	
Специјализација	
Титула	
Шифра доктора (ФЗО РС)	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	

Број протокола:

Одговорна особа:

Датум:

М.П.

(Име и презиме и потпис)
