

## Пријава / одјава магистара фармације по пословним јединицама апотеке

<b>1. Подаци о пословној јединици – апотеци која врши пријаву</b>	
Назив здравствене установе-апотеке	
Сједиште и адреса здравствене установе	
ЈИБ	
Контакт телефон	
Е - mail	
<b>2. Подаци о пословној јединици *</b>	
Назив пословне јединице апотеке	
Адреса пословне јединице	
Контакт телефон	
Контакт особа	
Е - mail	
<b>3. Подаци о магистру фармације</b>	
Име и презиме	
ЈМБ	
Ради у организационој јединици	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
<b>4. Подаци о магистру фармације</b>	
Име и презиме	
ЈМБ	
Ради у организационој јединици	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	

<b>5. Подаци о магистру фармације</b>	
Име и презиме	
ЈМБ	
Ради у организационој јединици	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
<b>6. Подаци о магистру фармације</b>	
Име и презиме	
ЈМБ	
Ради у организационој јединици	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
<b>7. Подаци о магистру фармације</b>	
Име и презиме	
ЈМБ	
Ради у организационој јединици	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	
<b>8. Подаци о магистру фармације</b>	
Име и презиме	
ЈМБ	
Ради у организационој јединици	
Број лиценце	
Датум издавања лиценце	
Ради у установи од	
Ради у установи до	

\*Образац 4 се доставља за сваку пословну јединицу појединачно

Број протокола:

\_\_\_\_\_

Одговорна особа:

Датум:

\_\_\_\_\_

М.П.

\_\_\_\_\_

(Име и презиме и потпис)