ПРИЛОГ 2

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	□ додјела овлашћења □ измјена података о доктору медицине или доктору стоматологије којем је додијељено овлашћење □ 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	
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 додјељивања овлашћења / измјене података о доктору медицине или доктору стоматологије / одузимања овлашћења	

Одговорно лице:

М. П. _____
потпис

Датум: _____

_____
пуно име и презиме