

\_\_\_\_\_ ПИБ \_\_\_\_\_  
(назив установе-приватне праксе)

\_\_\_\_\_ МАТ.БР. \_\_\_\_\_  
(седиште установе-приватне праксе)

Број: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г  
(датум издавања потврде)

\_\_\_\_\_ (место издавања)

На основу члана 9. Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника (Сл.гласник Републике Србије, бр.119/2007, 23/2009, 40/2010 и 102/2015), а на захтев запосленог доктора стоматологије \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_, издаје се

### ПОТВРДА

да је најмање 50% од дана издавања лиценце радио у области здравствене делатности за коју има лиценцу

Потврђује се да је \_\_\_\_\_ ЈМБГ \_\_\_\_\_ у радном односу на **неодређено – одређено** време код здравствене установе–приватне праксе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (навести назив и седиште (место, општина, адреса) установе или приватне праксе у којој ради)

на пословима радног места: \_\_\_\_\_

почев од \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г до \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г и данас и да је у наведеном периоду радио најмање 50% од дана издавања лиценце у области за коју има издату лиценцу.

Потврда се издаје на основу службене евиденције ради регулисања права на обнављање лиценце код Стоматолошке коморе Србије те се не може користити у друге сврхе.

(М.П.)

**ДИРЕКТОР УСТАНОВЕ –  
ОСНИВАЧ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ**

Име и презиме \_\_\_\_\_

Потпис \_\_\_\_\_

**НАПОМЕНА:** Уколико је у току периода важења лиценце било промена у запослењу, потребно је доставити Потврде од свих здравствених установа или приватне праксе код којих је подносилац захтева за обнављање лиценце био запослен.