

ПРИЈАВА

За вршители на стручен надзор над работата на здравствените установи и здравствените работници со високо образование од областа на фармацијата кои го исполнуваат **условот А**

Име и презиме:

Вработен/а во:

Телефон за контакт:

Е-маил за контакт:

Во прилог на оваа пријавам доставувам:

1. Копија од Лиценцата за работа,
2. Копија од Уверението за завршена специјализација или од Дипломата за завршени магистерски студии,
3. Доказ за стаж (документ од Агенција за вработување – историја на работни односи или од ПИОМ – потврда за стаж, 5 години работно искуство)

Датум

Потпис