

## 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 Б**

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. Доказ за стаж (документ од Агенција за вработување – историја на работни односи или од ПИОМ – потврда за стаж, 10 години работно искуство)

---

Датум

---

Потпис