

ПОТВРДА О РАДУ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ  
за период важења лиценце

Потврђујем да је \_\_\_\_\_ (име и презиме запосленог),  
ЈМБГ \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_ (адреса),

запослен/а у \_\_\_\_\_ (назив послодавца-одељење)

Место, општина и адреса: \_\_\_\_\_

на пословима:

а) доктора медицине

б) специјалиста \_\_\_\_\_

в) специјалиста \_\_\_\_\_

г) ужа специјализација \_\_\_\_\_

у укупном периоду од \_\_\_\_\_ година, \_\_\_\_\_ месеци и \_\_\_\_\_ дана.

\_\_\_\_\_  
(датум и место)

\_\_\_\_\_  
(овлашћено лице-име и презиме, функција)

(М.П.)

Потврда се издаје ради обнављања лиценце члану ЛКС. Ова потврда се издаје од стране овлашћеног лица под пуном, материјалном и кривичном одговорношћу.