



ЛЕКАРСКА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Партизански одреди бр.3, Скопје

Тел/факс: + 389 2 31 24 066

+ 389 2 32 39 060

e-mail: lkm@lkm.org.mk

www.lkm.org.mk

Б А Р А Њ Е за издавање потврда

Д-р _____

Адреса/Град _____

Барам горенаведениот наслов да ми издаде потврда за:

- Постапката за издавање лиценца е во тек
- Не е воден спор пред Судот на честа при Лекарска комора на Република Северна Македонија
- Спроведена пробна работа (приправнички стаж) и положен стручен испит.

Потврдата ми е потребна за:

- вработување во РСМ
- вработување во странство
- за едукативни цели

Потврдата барам да биде издадена на:

македонски јазик

албански јазик

англиски јазик

Скопје

Барател,

Име и Презиме _____

Рег.број _____лиц.важи до _____

Одобрил _____

- _____
- ✓ Личните податоци наведени во барањето задолжително се пополнуваат, во спротивно, лекарот самиот ги сноси последиците кои произлегуваат од соодветни законски прописи.
 - ✓ За веродостојноста на податоците во барањето подносителот сноси одговорност согласно позитивните законски прописи.
 - ✓ Лекарот е должен да ги пријави сите промени на податоците што ги наведува во барањето во рок од 15 дена од настанатата промена. Субјектот на личните податоци наведени во барањето има право на пристап до личните податоци. Податоците наведени во барањето ќе се користат за Регистарот на членовите на Комората, Регистарот на здравствени работници и Регистарот на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци за работа согласно Законот за здравствената заштита.
 - ✓ Субјектот на личните податоци има право да бара од контролорот на личните податоци да ги дополни, измени, избрише или да го сопре користењето на податоците, ако податоците се нецелосни, неточни или не ажурирани и доколку нивната обработка не е во согласност со Законот за заштита на личните податоци.