



ЛЕКАРСКА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА
ODA E MJEKËVE TË REPUBLIKËS SË MAQEDONISË SË VERIUT

Партизански одреди бр.3, Скопје

Partizanski odredi nr.3, Shkup

+ 389 2 31 24 066

+ 389 2 32 39 060

e-mail: lkm@lkm.org.mk

www.lkm.org.mk

Лекарска комора на Република Северна Македонија

П Р И Ј А В А

за запишување во Регистарот на доктори по медицина

Регистарски број

I - ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

1. Име, татково име, презиме

ЕМБГ _____

моминско презиме

промена на презиме _____

пол: М Ж

2. Датум на раѓање _____ место на раѓање _____

3. Државјанство _____ Националност _____

4. Адреса на постојано живеење (улица и број) _____

Место (поштенски број) _____

5. Адреса на привремено живеење (улица, број) _____

Место (поштенски број) _____ телефон _____

6. Контакт телефон
домашен _____ телефон на работа _____

мобилен тел. _____ е-маил адреса _____

7. Здравствено осигурување: да не Пензиско осигурување да не

8. Познавање на странски јазик _____ (активно) ____ (пасивно)
_____ (активно) ____ (пасивно)
_____ (активно) ____ (пасивно)

II - ПОДАТОЦИ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЛИЦЕНЦА

Евиденција за образование и дополнителна едукација
а) додипломска едукација

9. Година на започнување на студиите _____
10. Име на факултетот/универзитетот _____
11. Дипломирал/а (датум на завршување на студиите) _____
12. Име на факултетот/универзитетот _____
13. Активности за време на студирањето:
(заокружи)
- курсеви
 - школи
 - семинари
 - студентска размена
 - научно-стручни трудови
14. Датум на положување на стручниот испит _____

<p>Доктори на медицина со дипломи стекнати во странство:</p> <p>нострификација на диплома во/на _____ датум _____</p> <p>положил/а стручен испит во _____ датум _____</p> <p>положил/а дополнителен стручен испит во _____ датум _____</p> <p>каде е издадена основната лиценца: држава _____ комора _____</p> <p style="text-align: right;">(полно име и презиме)</p>
--

III - ПОДАТОЦИ ЗА ИЗДАВАЊЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ЛИЦЕНЦА

а) Постдипломска едукација - стручна

15. Тип на постдипломска едукација
(заокружи)

специјализација

супспецијализација

16. Име на специјалноста/супспецијалноста _____

17. Финансирана од (заокружи): а) јавна установа
 б) Министерство за здравство
 в) приватна организација
 г) самофинансирање

18. Датум на започнување на постдипломската едукација _____

19. Име на факултетот/универзитетот _____

20. Датум на завршување на постдипломската едукација _____

21. Име на факултетот/универзитетот _____

22. Име на менторот _____

б) Постдипломска едукација - научна

23. Тип на постдипломската научна едукација:
(заокружи)

- докторски студии
- јавно одбранет труд
- магистерски студии

24. Наслов/тема _____

25. Датум на одбраната _____

26. Име на факултетот/универзитетот _____

27. Магистриум од _____

завршил/а во _____ на датум _____

нострификација во _____ на датум _____

28. Докторат од _____

завршил/а во _____ на датум _____

нострификација во _____ на датум _____

Лиценца за работа стекната во странство

29. Датум на издавањето на лиценцата за работа _____

30. Датум до кој важи лиценцата за работа _____

31. Држава во која е издадена лиценцата за работа _____

32. Комора која ја издала лиценцата за работа _____

33. Препорака од комората што ја издала лиценцата за работа

IV - ПОДАТОЦИ ЗА ВРАБОТУВАЊЕ И ДВИЖЕЊЕ ВО СЛУЖБАТА

34. Тип на вработување (заокружи):

постојано вработен/а

дополнителна работа

вработен/а на определено време

невработен/а

35. Име и наслов на установата или ординацијата на сегашното вработување

Адреса на установата/ординацијата

улица _____ место _____

36. Вид на работно место:

доктор на стаж

доктор кој работи под надзор

доктор специјалист

доктор самостоен без специјализација

37. Датум на сегашното вработување од _____

38. Претходни вработувања:

Установа/ординација _____

Датум од _____ до _____

Установа/ординација

Датум од _____ до _____

Установа/ординација

Датум од _____ до _____

39. Број на факсимилот на докторот _____

ИЗЈАВА

Јас, _____,

а) вработен-на во _____
се согласувам од мојата месечна плата преку платниот список на мојата организација, да се уплатува сума 210 денари на жиро-сметка на Лекарска комора на Република Северна Македонија 200-0000114640-34; депонент Стопанска банка ЕДБ 4030991274058.

б) се обврзувам со денот на вработувањето да го регулирам плаќањето на членарината

Скопје _____

Потпис на подносителот,

- ✓ Личните податоци наведени во пријавата задолжително се пополнуваат, во спротивно, лекарот самиот ги сноси последиците кои произлегуваат од соодветни законски прописи.
- ✓ За веродостојноста на податоците во пријавата подносителот сноси одговорност согласно позитивните законски прописи.
- ✓ Лекарот е должен да ги пријави сите промени на податоците што ги наведува во пријавата во рок од 15 дена од настанатата промена. Субјектот на личните податоци наведени во пријавата 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.