



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

**ПРИЈАВА**

за запишување во Регистарот на доктори по медицина

**FLETËPARAQITJE**

për regjistrimin në Regjistrin e doktorëve të mjekësisë

Регистарски број

Numri i regjistrimit

**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)

**I -TË DHËNAT PERSONALE**

1. Emri, emri i babait, mbiemri

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NVAQ

\_\_\_\_\_

mbiemri i vajzërisë

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ndryshimi i mbiemrit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gjinia:            M                                  F

2. Data e lindjes \_\_\_\_\_ vendi i  
lindjes \_\_\_\_\_

3. Shtetësia \_\_\_\_\_ Nacionaliteti  
\_\_\_\_\_

4. Adresa e vendbanimit të përhershëm  
(rruga dhe numri)

\_\_\_\_\_

Vendi (kodi postar)

\_\_\_\_\_

5. Adresa e vendbanimit të përkohshëm  
(rruga dhe numri)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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

Vendi (kodi postar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefoni

6. Telefoni i kontaktit  
tel. i shtëpisë \_\_\_\_\_  
tel. zyrtar \_\_\_\_\_

tel. celular \_\_\_\_\_  
e- maili \_\_\_\_\_

7. Sigurim shëndetësor: po jo  
Sigurim pensional: po jo

8. Njohje të gjuhëve të huaja  
\_\_\_\_\_ (aktiv) \_\_\_\_\_ (pasiv)

\_\_\_\_\_ (aktiv) \_\_\_\_\_ (pasiv)

\_\_\_\_\_ (aktiv) \_\_\_\_\_ (pasiv)

## II –TË DHËNA PËR LËSHIMIN E LICENCËS

Evidencë për arsimin dhe edukimin plotësues  
a) arsimi deri në diplomim

9. Viti i fillimit të studimeve  
\_\_\_\_\_

10. Emri i fakultetit/ universitetit  
\_\_\_\_\_

11. I/e diplomuar (data e përfundimit të  
studimeve) \_\_\_\_\_

12. Emri i fakultetit/universitetit  
\_\_\_\_\_

13. Aktivitete gjatë kohës së studimeve:  
(rretho)

- kurse  
 shkolla  
 seminare

- семинари
- студентска размена
- научно-стручни трудови

- shkëmbim studentor
- punime shkencore-profesionale

14. Датум на положување на стручниот испит \_\_\_\_\_

14. Data e dhënies së provimit profesional \_\_\_\_\_

Доктори на медицина со дипломи стекнати во странство:

нострификација на диплома во/на \_\_\_\_\_ датум \_\_\_\_\_

положил/а стручен испит во \_\_\_\_\_ датум \_\_\_\_\_

положил/а дополнителен стручен испит во \_\_\_\_\_ датум \_\_\_\_\_

каде е издадена основната лиценца: држава \_\_\_\_\_ комора \_\_\_\_\_

датум на поднесеното барање за издавање на основна лиценца \_\_\_\_\_

Doktorët e mjekësisë me diplomë të fituar jashtë vendit:

Nostrifikim i diplomës në \_\_\_\_\_, datë \_\_\_\_\_

i/e ka kaluar provimin në \_\_\_\_\_ datë \_\_\_\_\_

i/e ka kaluar provimin profesional plotësues në \_\_\_\_\_ datë \_\_\_\_\_

ku është lëshuar licenca themelore: shteti \_\_\_\_\_ oda \_\_\_\_\_

data e kërkesës së parashtruar për lëshim të licencës themelore \_\_\_\_\_

Во Скопје, në Shkup \_\_\_\_\_

Потпис Nënshkrimi

\_\_\_\_\_ полно име и презиме, emri dhe mbiemri i plotë

### III - ПОДАТОЦИ ЗА ИЗДАВАЊЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ЛИЦЕНЦА

а) Постдипломска едукација - стручна

15. Тип на постдипломската едукација

### III –TË DHËNA PËR LËSHIMIN E LICENCËS SPECIALISTIKE

а) Edukimi pasdiplomik - profesional

15. Lloji i edukimit pasdiplomik

(заокружи)

- специјализација  
 супспецијализација

16. Име на специјалноста/субспецијалноста

\_\_\_\_\_

17. Финансирана од (заокружи):  
установа

Министерство за здравство

приватна организација

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

(rretho)

- specializim  
 subspecializim

16. Emri i specializimit/subspecializimit

\_\_\_\_\_

17. I financuar nga (rretho):

a) institucion publik

b) Ministria e Shëndetësisë

c) organizatë private

d) vetëfinancim

18. Data e fillimit të arsimit postdiplomik

\_\_\_\_\_

19. Emri i fakultetit/universitetit

\_\_\_\_\_

20. Data e përfundimit të arsimit postdiplomik

\_\_\_\_\_

21. Emri i fakultetit/universitetit

\_\_\_\_\_

22. Emri i mentorit

\_\_\_\_\_

b) Edukimi shkencor-pasdiplomik

23. Lloji i edukimit shkencor pasdiplomik:  
(rretho)

- studime doktorature  
 punim i mbrojtur publik  
 studimet master

24. Titulli/tema

\_\_\_\_\_

25. Data e mbrojtjes

26. Име на факултетот/универзитетот

26. Emri i fakultetit/universitetit

27. Магистериум од

27. Magjistratura  
nga

завршил/а во

на датум

i/e mbaruar në

datë

нострификација во

на датум

nostrifikimi në

datë

28. Докторат од

28. Doktoratura nga

завршил/а во

на датум

i/e mbaruar në

datë

нострификација во

на датум

e nostrifikuar në

datë

Лиценца за работа стекната во странство

Licencë për punë të fituar jashtë vendit

29. Датум на издавањето на лиценцата за работа

29. Data e lëshimit të licencës për punë

30. Датум до кој важи лиценцата за работа

30. Data deri kur vazhdon licenca për punë

31. Држава во која е издадена лиценцата за работа

31. Shteti ku është lëshuar licenca për punë

32. Комора која ја издала лиценцата за работа

32. Oda e cila e ka lëshuar licencën për punë

33. Препорака од комората што ја издала лиценцата за работа

33. Rekomandim nga oda e cila e ka lëshuar licencën për punë

#### 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

\_\_\_\_\_

#### IV – TË DHËNA PËR PUNËSIM DHE LËVIZJE NË SHËRBIM

34. Lloji i punësimit (rretho):

- i/e punësuar në punë të përhershme  
 punë plotësuese
- i/e punësuar në kohë të caktuar  
 i/e papunë

35. Emri dhe titulli i institucionit ose i ordinancës së punësimit aktual

\_\_\_\_\_

Adresa e institucionit/ordinancës

rruga

\_\_\_\_\_ vendi \_\_\_\_\_

36. Lloji i vendit të punës:

- mjek në stazh  
 mjek që punon nën mbikëqyrje
- mjek specialist  
 mjekë i pavarur pa specializim

37. Data e punësimit aktual prej

\_\_\_\_\_

38. Punësime të mëparshme:

Institucioni/ordinanca

\_\_\_\_\_

Data nga \_\_\_\_\_  
deri më \_\_\_\_\_

Institucioni/ordinanca

\_\_\_\_\_

Датум од \_\_\_\_\_  
до \_\_\_\_\_

Data nga \_\_\_\_\_  
deri më \_\_\_\_\_

Установа/ординација  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Institucioni/ordinanca \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Датум од \_\_\_\_\_  
до \_\_\_\_\_

Data nga \_\_\_\_\_  
deri më \_\_\_\_\_

39. Број на факсимилот на докторот  
\_\_\_\_\_

39. Numri i faksimiles së mjekut  
\_\_\_\_\_

### 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

### DEKLARATË

Unë, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

а)и/е punësuar në  
\_\_\_\_\_

pajtohem që nga paga ime mujore përmes listës pagesore të organizatës sime, të paguhet shuma prej 210 denarësh në llogarinë bankare të Odës së Mjekëve të Republikës së Maqedonisë së Veriut 200-0000114640-34; deponues Banka Ekonomike NMT 4030991274058.

b) marr detyrimin që me ditën e punësimit ta rregulloj pagesën e anëtarësimit

Датум/ Data \_\_\_\_\_

Потпис /N ë n s h k r i m i

✓ Личните податоци наведени во барањето задолжително се пополнуваат, во спротивно, лекарот самиот ги сноси последиците кои произлегуваат од соодветни законски прописи.

✓ Тë dhënat personale të shënuara në kërkesë duhet të plotësohen në mënyrë të detyrueshme, përndryshe mjeku bartë pasojat që rrjedhin nga dispozitat përkatëse ligjore.

✓ 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 спре користењето на податоците, ако податоците се нецелосни, неточни или неажурирани и доколку нивната обработка не е во согласност со Законот за заштита на личните податоци

✓ Пër besueshmërinë e të dhënave në kërkesë, parashtruesi bartë përgjegjësi në përputhje me dispozitat pozitive ligjore.

✓ Mjeku është i detyruar të raportojë çdo ndryshim në të dhënat e shënuara në kërkesë brenda 15 ditëve nga ndryshimi i bërë. Subjekti i të dhënave personale të shënuara në kërkesë ka të drejtën në qasje në të dhënat personale. Të dhënat e përcaktuara në kërkesë do të shfrytëzohen për Regjistrin e anëtarëve të odës, Regjistrin e punonjësve shëndetësorë dhe Regjistrin e licencave të lëshuara, të rinovuara, të vazhduara dhe të (hequra) revokuara për punë, në përputhje me Ligjin e Mbrojtjes Shëndetësore.

Subjekti i të dhënave personale ka të drejtë të kërkojë nga kontrolluesi i të dhënave personale të plotësojë, ndryshojë, fshijë ose ndalojë shfrytëzimin e të dhënave, nëse të dhënat nuk janë të plota, të pasakta ose të papërditësuara dhe nëse përpunimi i tyre nuk është në përputhje me Ligjin e Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Тел/факс/Tel./faksi: + 389 2 31 24 066 / + 389 2 32 39 060  
e-mail: [ikm@ikm.org.mk](mailto:ikm@ikm.org.mk) [www.ikm.org.mk](http://www.ikm.org.mk)