

ПОЈЕДИНАЧНИ ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ПОТВРДЕ

- ЗА СТУДИЈСКИ БОРАВАК -

ПОДАЦИ О ЧЛАНУ	
Име и презиме:	
Адреса:	
Телефон, е-мејл:	
Установа:	
ИД број:	

ПОДАЦИ О УСТАНОВИ У КОЈОЈ ЈЕ СТУДИЈСКИ БОРАВАК ОБАВЉЕН	
Назив ЗУ, односно приватне праксе:	
Адреса:	
Телефон, е-мејл:	
Место :	
Држава:	
Контакт особа:	
Датум одржавања:	

СТУДИЈСКИ БОРАВАК	
ПРИЛОЗИ (обавезни!!!)	Фотокопија Потврде издате и потписане од стране директора здравствене установе или оснивача приватне праксе у којој је обављен студијски боравак, као и потписом ментора.

Изјављујем у своје лично име да су сви подаци наведени у захтеву тачни и истинити, што потврђујем својим потписом.

У _____, дана _____. 20____. г.

ПОТПИС подносиоца захтева