**ПОТВРДА**

**О ОБАВЉЕНОМ ПРИПРАВНИЧКОМ СТАЖУ**

**Попуњава послодавац**

Потврђујем да je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(име и презиме приправника),

рођен/а дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_из\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адреса и место становања),

по звању магистар фармације/дипломирани фармацеут, обавио/ла приправнички стаж у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (назив здравствене установе/приватне праксе)

 у периоду од \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, до \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ године.

Ова потврда се издаје у складу са Законом о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019 и 92/2023 - аутентично тумачење) члан 166. став 6. и може се користити искључиво за обавештавање **Фармацеутске коморе Србије о обављеном приправничком стажу.**

# **Подаци о здравственој установи/приватној пракси:**

Назив: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место, општина и адреса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tелефон/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maтични број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мејл адреса (обавезно): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ниво здравствене заштите: **1)** примарна **2)** секундарна **3)** терцијална **4)** остало (заокружити)

Власништво: **1)** јавно **2)** приватно (заокружити)

Контакт особа:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име, презиме и број телефона)

Ова потврда се издаје од стране овлашћених лица, под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (име и презиме, функција)

 (M.П.)