



ЛЕКАРСКА КОМОРА НА РМ
Комисија за стручни прашања
Партизански одреди бр.3 Скопје
Тел/факс: + 389 2 31 24 066
e-mail: lkm@lkm.org.mk
www.lkm.org.mk

П Р И Ј А В А

Од _____

Ул. _____ бр. _____ место _____,

Контакт телефон бр.(домашен/ мобилен) _____

До Лекарската комора на Република Македонија се пријавувам за
полагање на стручен испит во _____ испитен
рок .

Испитот го полагам (прв пат, втор пат) _____

Делот (писмен, практичен или устен) од испитот го полагам повторно.

Вработен/на во _____

Кон пријавата доставувам и :

- Оверен препис или оверена копија за завршен Медицински факултет;
- Приправничка книшка пополнета и оверена согласно Правилникот за планот и програмата за приправничкиот стаж - **заверена фотокопија кај нотар ;**
- Уплатница за полагање на стручниот испит на жиро сметка на Лекарска комора на Република Македонија (**2000000114640-34 АД Стопанска Банка – Скопје**) согласно Правилникот за висината на трошоците за издавање, продолжување и обновување на лиценците

_____ 20__ год.
Скопје

_____ Потпис на подносителот на пријавата