

ЗАХТЕВ ЗА ДОДЕЛУ СРЕДСТАВА ФУП-А КМСЗТС

намењених ЗА СПРОВОЂЕЊЕ КОНТИНУИРАНЕ МЕДИЦИНСКЕ ЕДУКАЦИЈЕ чланова
КМСЗТС

Датум подношења захтева	
Назив организатора континуиране медицинске едукације	
Матични број организатора континуиране медицинске едукације	
ПИБ организатора континуиране медицинске едукације	
Седиште организатора континуиране медицинске едукације	
Контакт телефон организатора континуиране медицинске едукације	
Текући рачун организатора континуиране медицинске едукације	
Назив акредитованог програма континуиране медицинске едукације	
Акредитациони број програма континуиране медицинске едукације	
Број и датум доношења Одлуке Здравственог савета Србије којом је програм КМЕ акредитован	

Потпис и печат овлашћеног лица организатора
акредитованог програма КМЕ

Напомена: Захтев се подноси надлежном Пододбору ФУП-а огранка КМСЗТС