|  |
| --- |
| **Република Србија**  **Министарство здравља**  **Лекарска комора Србије**  <http://www.lks.org.rs/> |

# ЗАХТЕВ

# ЗА ПРОМЕНУ ПОДАТАКА

# У ЛИЦЕНЦНОМ ЛИСТУ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** | | | | | | | | | | | | | |
| **Име и презиме** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Пребивалиште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Контакт телефон** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Број и датум уверења о положеном лиценцном испиту** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ИД број** |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Врста промене које се тражи (одабрати)** | | | | |
| Презиме/име | место сталног боравка | специјализација | | ужа специјализација |
| стицање научног звања | | стицање наставног звања | губитак/оштећење | |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију *(документ под редним бројем 1 орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева*)::

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р. бр. | Назив документа | Форма документа | Специфичности у вези документа |
|  | **Очитана лична карта подносиоца захтева, издата од стране МУП** | копија | *Подноси се у случају измене личних података и адресе* |
|  | **Диплома/нострификована диплома о стеченом наставном или научном звању (магистар, доктора наука), одлука о избору у звање доцента, професора, издата од Медицинског факултета** | оригинал или оверена копија дипломе/ нострификоване дипломе  (или уверење, не старије од 6 месеци) | *Подноси се само у случају стицања наставног или научног звања* |
|  | **Диплома/нострификована диплома о завршеној специјализацији/ужој специјализацији** | оверена копија | *Подноси се само у случају завршене специјализације или субспецијализације* |
|  | **Одлука о избору у звање примаријуса, издата од Мин. здравља** | оригинал или оверена копија | *Подноси се само у случају стицања звања* |
|  | **Доказ о уплати накнаде** | копија |  |

**Изјава подносиоца захтева у вези прибављања података по службеној дужности**

Сагласан/на сам да орган за потребе поступка може да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, који су неопходни у поступку одлучивања, сходно члану 103. став 3. Закона о општем управном поступку (*одабрати један од понуђених одговора*):

ДА

НЕ

Упознат/а сам да, уколико наведене податке и документа, неопходна за одлучивање органа, не поднесем у року од најмање 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним и решењем ће се одбацити.

Захтев и потребна документација се могу поднети и електронским путем, на УНЕТИ ИМЕЈЛ АДРЕСУ ОРГАНА.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| У |  | , дана | ф |  |  |
|  |  |  | |  | Потпис подносиоца захтева |

**ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рок за подношење захтева** | 30 дана од дана сазнања за промене |
| **Рок за решавање захтева** | 60 дана од дана подношења захтева |

Потребно је уплатити следећи издатак:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Финансијски издаци** | | |
| Накнада за измену лиценцног листа | Износ издатка | 200,00 РСД |
| Сврха уплате | издавање новог лиценцног листа |
| Назив и адреса примаоца | Лекарска комора Србије |
| Број рачуна | 160-279207-50 |
| Позив на број | ЈМБГ подносиоца захтева |