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

# ЗАХТЕВ

# ЗА УПИС У ИМЕНИК ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основни подаци о подносиоцу захтева** | | | | | | | | | | | | | |
| **Име и презиме** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Девојачко презиме** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Пребивалиште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Контакт телефон** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ЈМБГ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Адреса електронске поште** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)** |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ЗАХТЕВА** | | | | |
| **Професионални статус (заокружити)** | | | | |
| Запослен у државној установи | Оснивач приватне праксе | Запослен у приватној пракси | | На стажу |
| Незапослен |  | | | |
| Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој подносилац редовно обавља здравствену делатност[[1]](#footnote-1) |  | | | |
| Телефон: | | Мејл: | |
| ПИБ: | | Матични број: | |
| Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој подносилац допунски обавља здравствену делатност[[2]](#footnote-2) |  | | | |
| Телефон: | | Мејл: | |
| ПИБ: | | Матични број: | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Подаци о образовању** | | | | | | |
| Место и датум дипломирања, бр. дипл./уверења |  | | | | | |
| Датум стицања | примаријата: | | | | | |
| академског звања магистра наука: | | | | | |
| научног степена доктора медицинских наука: | | | | | |
| Научно звање (заокружити) | Научни сарадник | | Виши научни сарадник | | Научни саветник | |
| Наставно звање  (заокружити ) | Асистент | Доцент | | Ванредни професор | | Редовни професор |
| Грана специјализације (1), број решења и датум полагања |  | | | | | |
| Грана специјализације (2), број решења и датум полагања |  | | | | | |
| Грана уже специјализације (1) и датум полагања |  | | | | | |
| Грана уже специјализације (2) и датум полагања |  | | | | | |

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (*документе под редним бројем 1 и 2 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 |  |
|  | **Уверење о положеном стручном испиту или Потврда о положеном стручном испиту, издато од Министарства здравља** | оверена копија | *Уколико је положен* |
|  | **Потврда о обављању приправничког стажа, издата од стране здравствене установе** | оригинал/оверена копија |  |
|  | **Диплома или уверење о стеченом звању доктор медицине, магистеријум, докторат, одлука о избору у звање доцента, професора, примаријуса, или нострификована диплома иностраног медицинског факултета** | оригинал/оверена копија | *Здравствени радник који је као доказ поднео оверену фотокопију уверења уместо оверену фотокопију дипломе, дужан је да након издавања дипломе као доказ поднесе оверену фотокопију дипломе* |
|  | **Диплома о завршеној специјализацији, ужој специјализацији, магистеријум, докторат, одлука о избору у звање доцента, професора, примаријуса** | оригинал/оверена копија | *Подноси лекар који има завршену специјализацију, ужу специјализацији или неко од наведених наставно научних звања* |
|  | **Две фотографије димензија 30 x 35мм** |  |  |
|  | **Доказ о плаћеној накнади за упис у Именик** | 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

Иако је орган обавезан да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, изјављујем да ћу сам/а за потребе поступка прибавити документа под редним бројевима 1 и/или 2 (*у наставку навести редне бројеве докумената које ће подносилац прибавити сам*):

|  |
| --- |
|  |

Како би орган прибавио податке по службеној дужности, достављам следеће информације (*попуњава се искључиво ако подносилац даје сагласност да орган изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција*):

|  |  |
| --- | --- |
| **Подаци о положеном стручном испиту** | |
| Број и датум издавања уверења или потврде о стручном испиту |  |

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 решавање захтева** | 15 дана од дана подношења захтева |

Потребно је уплатити следећи издатак:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Финансијски издаци** | | |
| 1. | Накнада за упис у Именик ЛКС | Износ издатка | 6.000,00 РСД |
| Сврха уплате | Упис у Именик ЛКС |
| Назив и адреса примаоца | Регионална лекарска комора[[3]](#footnote-3) |
| Број рачуна | Број рачуна регионалне лекарске коморе[[4]](#footnote-4) |
| Модел и позив на број | ЈМБГ |

1. За рад у Клиничком центру и Здравственом центру назначити и организациону јединицу запослења [↑](#footnote-ref-1)
2. *Ибид.* [↑](#footnote-ref-2)
3. ЛКБ, Лекарска комора Београда, Макензијева 53, 11000 Београд

   ЛКВ, Лекарска комора Војводине, улевар ослобођења 46а, 21000 Нови Сад

   ЛКЈИС, Лекарска комора југоисточне Србије, Јована Скерлића 25, 18000 Ниш

   ЛКЦЗС, Лекарска комора централне и западне Србије, Браће Пољаковића 2б, 34000 Крагујевац

   ЛККИМ, Лекарска комора КИМ, Анри Динана бб, 38220 Косовска Митровица [↑](#footnote-ref-3)
4. ЛКБ: 220-119551-48;

   ЛКВ: 165 - 14109 – 10;

   ЛКЦИЗ: 275-0010222129718-62;

   ЛКЈИС: 105-20338-28;

   ЛККИМ: 205-120962-79;

   **Изјава подносиоца захтева у вези са плаћањем чланарине**

   Изјављујем да сам сагласан/а да ми обрачунска служба, месечно, од нето личне зараде одбије 0,8% на име чланарине за Лекарску комору Србије и да се новац уплаћује на жиро рачун регионалне Лекарске коморе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на чијој територијалној надлежности имам место сталног боравка.

   Изјаву дао/дала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (својеручни потпис) [↑](#footnote-ref-4)