|  |
| --- |
| **Република Србија**  **Министарство здравља**  **Стоматолошка комора Србије**  [**https://www.stomkoms.org**](https://www.stomkoms.org) |

# ЗАХТЕВ

# ЗА УПИС У ИМЕНИК СТОМАТОЛОШКЕ 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 | Пензионер | Пензионер-оснивач | | | Пензионер-запослен | |
| Допунски рад | Остало | | | | | |
| Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој др стомат. **редовно** обавља здравствену делатност |  | | | | | |
| Телефон: | | | Мејл: | | |
| ПИБ: | | | Матични број: | | |
| Назив, адреса државне установе или приватне праксе у којој др стомат. **допунски** обавља здравствену делатност |  | | | | | |
| Телефон: | | | Мејл: | | |
| ПИБ: | | | Матични број: | | |
| **Подаци које попуњава оснивач приватне праксе** | | | | | | |
| Пуно пословно име под којим приватна пракса обавља здравствену делатност и адреса |  | | | | | |
| ПИБ: | | | Матични број: | | |
| Датум почетка обављања здравствене делатности |  | | | | | |
| Контакт подаци ординације | Телефон: | | Мејл: | | | Вебсајт: |
| Доктори стоматологије  (име и презиме, специјалност, научно звање) који су запослени и обављају консултантске услуге у приватној пракси | 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |

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

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (*документа под редним бројевима 1,2,3,4 и 5 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 |  |
|  | **Потврда о радном статусу, издата од стране послодавца** | оригинал/оверена копија | *Подносе само запослени доктори стоматологије* |
|  | **Уверење о незапослености, издато од стране Националне службе за запошљавање** | оригинал/оверена копија | *Подноси се када је наступила незапосленост* |
|  | **Решења о упису у регистар, издато од стране Агенције за привредне регистре** | копија | *Подносе само оснивачи приватне праксе* |
|  | **Решење о пензији, издато од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање** | оригинал/оверена копија | *Подноси се када је остварено право на пензију* |
|  | **Потврда о обављању приправничког стажа, издата од стране директора здравствене установе, односно оснивача приватне праксе** | оригинал/оверена копија | *Прилаже само доктор стоматологије на приправничком стажу* |
|  | **Диплома или уверење о стеченом звању доктор стоматологије, стоматолошког факултета, односно медицинског факултета - одсек стоматологија, у Републици Србији, или нострификована диплома иностраног стоматолошког факултета** | 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* |
|  | **Две фотографије димензија 30 x 35мм са датумом не старијим од 6 месеци** |  | *Потписане на полеђини од стране подносиоца захтева* |
|  | **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, 2, 3, 4 и/или 5 (*у наставку навести редне бројеве докумената које ће подносилац прибавити сам*):

|  |
| --- |
|  |

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** | даном ступања на приправнички стаж |
| **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 чланова СКС | Износ издатка | 2.500,00 РСД |
| Сврха уплате | Упис у Именик чланова СКС |
| Назив и адреса примаоца | Надлежна стоматолошка комора[[1]](#footnote-1) |
| Број рачуна | Број рачуна надлежне стоматолошке коморе[[2]](#footnote-2) |
| Модел и позив на број | ЈМБГ |

1. СКС, Огранак за подручје града Београда, Узун Миркова 3/3, 11000 Београд

   СКС, Огранка за АП Војводину, Булевар Ослобођења 68б, 21000 Нови Сад

   СКС, Огранак за западну и централну Србију, Булевар Краљице Марије 54/Б/Љ, локал 12, 34000 Крагујевац

   СКС, Огранак за југоисточну Србију и КИМ,Николе Пашића 16/8, 18000 Ниш [↑](#footnote-ref-1)
2. Огранак за подручје града Београда: 105-51035-87 код АИК банке; Огранак за АП Војводину 105- 530008-29 код АИК банке; Огранак за западну и централну Србију 105-51037-81 код АИК банке; Огранак за југоисточну Србију и КИМ 105-51036-84 код АИК банке [↑](#footnote-ref-2)