|  |  |
| --- | --- |
|  | ***ВЕТЕРИНАРНА КОМОРА НА Р.СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА***  ***DHOMA E VETERINERËVE TË MAQEDONISË SE VERUIT***  ***VETERINARY CHAMBER OF REPUBLIC OF NORTH MACEDONIA***  **ул.16 Македонска Бригада бр. 2-3 Скопје, тел. 02 60 92592**  **ul.16 Makedonska Brigada br.2-3 Skopje, tel. +389 02 60 92592** |

**БАРАЊЕ**

**ЗА ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА**

**НА ДОКТОР ПО ВЕТЕРИНАРНА МЕДИЦИНА**

**Подносител на Барањето:**

**Име, татково име и презиме** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адреса** **на живеење**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Број на лиценца** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назив и адреса на вработување**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контакт - тел.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- е-mail**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Во прилог ги доставувам следните документи:**

1. Потврда дека не е изречена забрана за вршење професија, дејност или должност на подносителот на барањето
2. Докази за реализирани 100 бодови од континуирана едукација во лиценцен период
3. Доказ за уплата за членарини заклучно до датумот на истек на лиценцата за работа
4. Доказ за уплата за продолжување на лиценца за работа

**Датум Потпис на подносител**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**