Број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ година

Скопје

**До**

**Универзитет ,,Св.Кирил и Методиј’’ во Скопје**

**Стоматолошки факултет - Скопје**

**БАРАЊЕ**

**за издавање потврда**

Од д-р \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, доктор по стоматологија/дентална медицина од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ роден на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, специјализант пo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ со број на специјализантска книшка\_\_\_\_\_\_\_.

Ве молам да ми издадете потврда за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(да се опише потребата/ причината за издавање на потврдата и за каде)*

**Специјализант**

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

**(потпис)**

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилог: уплатницa во износ од 100,00ден.

Напомена: Барањето треба да биде таксирано со 50,00ден. и доставено до архива