

UNIVERZITET CRNE GORE
MEDICINSKI FAKULTET

Formular za prijavu na Konkurs za izbor mentora

Grana medicine za koju se prijavljujete	
Prezime i ime	
Datum rođenja	
Broj telefona	
Zdravstvena ustanova u kojoj radite	
Klinika/ odjeljenje	
Specijalizacija koju ste završili	
Datum polaganja specijalističkog ispita	
Dužina radnog staža u zvanju specijaliste	
Broj Licence za rad i datum izdavanja	

Svojeručnim potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovom formularu istiniti i tačni.

Datum.....

Kandidat:.....