**ПРИЈАВА ЗА КМЕ**

|  |
| --- |
| **НАЗИВ ТЕСТА** |
| **Национални програм организованог скрининга малигних болести у Србији (6 бодова) А-1-668/14** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИМЕ:** |  |
| **ПРЕЗИМЕ:** |  |
| **ЈМБГ БРОЈ:** |  |
| **БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ:** |  |
| **ЗВАЊЕ:** |  |
| **УСТАНОВА:** |  |
| **КОМОРА КОЈОЈ ПРИПАДАТЕ – ОГРАНАК:** |  |
| **ТЕЛЕФОН:** |  |
| **Е МАИЛ АДРЕСА:** |  |
| **ДАТУМ:** |  |

 **НАПОМЕНА**

**Пријаву за курс попуните и пошаљите Канцеларији за скрининг рака на e-mail: skrining@batut.org.rs**