



REGISTRACIONI LIST
DRUŠTVO STOMATOLOGA VOJVODINE

1. Prezime _____
2. Ime _____
3. Datum rođenja
(dan/mesec/godina) _____
Mesto rođenja _____
4. Adresa stanovanja _____
Mesto _____
PTT _____
5. Telefon _____
Mobilni _____
6. Email _____
7. Naziv radnog mesta _____
Adresa _____
Mesto _____
Telefon _____
8. Godina diplomiranja _____
Mesto _____
Ustanova _____
9. Godina polaganja
specijalističkog ispita _____
Mesto _____
Ustanova _____
10. Stručno zvanje _____
11. Broj licence _____

Datum

Potpis