

УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
Центар за континуирану медицинску едукацију



UNIVERSITY OF NOVI SAD
FACULTY OF MEDICINE
Continual Medical Education Center

У В Е Р Е Љ Е CERTIFICATE

које се додељује
issued to

Ime i prezime

за одржану наставу у оквиру едукативног курса/симпозијума/конгреса
for giving a lecture in the Educational Course/Symposium/Congress

НАЗИВ ЕДУКАТИВНОГ КУРСА
PREVOD NA ENGLISKI JEZIK



ШЕФ ЦЕНТРА
CENTER MANAGER

ШЕФ ЕДУКАЦИОНОГ ТИМА
EDUCATION TEAM MANAGER

ДЕКАН МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА
DEAN OF THE FACULTY OF MEDICINE

УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
Центар за континуирану медицинску едукацију



UNIVERSITY OF NOVI SAD
FACULTY OF MEDICINE
Continual Medical Education Center

У В Е Р Е Љ Е CERTIFICATE

које се додељује
issued to

Ime i prezime

за одслушању наставу у оквиру едукативног курса/симпозијума/конгреса
for the attendance of Educational Course/Symposium/Congress

НАЗИВ ЕДУКАТИВНОГ КУРСА
PREVOD NA ENGLISKI JEZIK



ШЕФ ЦЕНТРА
CENTER MANAGER

ШЕФ ЕДУКАЦИОНОГ ТИМА
EDUCATION TEAM MANAGER

ДЕКАН МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА
DEAN OF THE FACULTY OF MEDICINE



Универзитет у Новом Саду

Медицински факултет

Хајдук Вељкова 3

21112 Нови Сад

Република Србија

☎ (021) 420-677, 420-678; факс: (021) 6624-153

✉ dekanmf@uns.ac.rs 🌐 www.medical.uns.ac.rs

Нови Сад, _____

Број: _____

На основу члана 10. Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике („Службени гласник РС“, број 107/05, 72/09-др.закон, 88/10, 99/10, 2/2011, 23/2016) и одлуке Здравственог савета Србије о акредитацији програма континуиране едукације број: _____ од _____ године (редни број Одлуке: ____/____), издаје се следећа

ПОТВРДА

о учествовању на акредитованом програму континуиране едукације

1. Организатор акредитованог програма: **Универзитет у Новом Саду
Медицински факултет**
2. Место и датум одржавања: _____
3. Назив теме: „_____“
4. Врста континуиране едукације: _____
5. Број додељених бодова за учествовање у својству предавача/полазника: ____
6. Име, презиме и број лиценце здравственог радника коме се издаје потврда:
_____, бр. лиценце: _____

Медицински факултет Нови Сад
Организатор акредитованог програма



Универзитет у Новом Саду

Медицински факултет

Хајдук Вељкова 3, 21000 Нови Сад, Р Србија
тел: (021) 6420-677, 6420-678 факс: (021) 6624-153

Нови Сад, 29. 02. 2016.
Број: 01-23/2

ИЗВОД ИЗ ЗАПИСНИКА

Са 2. седнице Савета Медицинског факултета у Новом Саду од 29. 02. 2016. године

Непотребно изостављено.....

Ад. 7. Разматрање Ценовника услуга Центра за континуирану медицинску едукацију

ОДЛУКА

Усваја се Ценовник услуга Центра за континуирану медицинску едукацију, према трећим лицима како следи:

1. **Организација скупа** (само за бесплатне скупове-који немају изражену котизацију од 1 до 50 особа) - цена 40.000,00
2. **Организација скупа** (само за бесплатне скупове-који немају изражену котизацију од 50 до 70 особа) - цена 57.400,00
3. **Организација скупа** (само за бесплатне скупове-који немају изражену котизацију од 70 до 100 особа) - цена 84.000,00

Наведене цене су без обрачунаог ПДВ-а.

У цену су укључене услуге које се по потреби пружају за један скуп (припрема и нарезивање материјала скупа (CD), штампа флајера, сертификата и дистрибуција позива)

Непотребно изостављено.....



Председник Савета

Проф. др Георгиос Константиnidис