

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 Њ Е CERTIFICATE

које се додељује  
issued to

*Ime i prezime*

за одслуšanu 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

NN/A 01

Нови Сад, . мај 2016.  
Novi Sad, May , 2016.





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