**СПИСАК УЧЕСНИКА АКРЕДИТОВАНОГ ПРОГРАМА КЕ**

**Електронски облик обрасца (ексел) се не сме мењати.**

**Табела ОБАВЕЗНО мора да буде форматирана као „TEXT“.**

**Попуњен образац у електронској форми доставља се на имејл адресе свих надлежних комора чији чланови су учествовали у програму КЕ, и то тако што садржи само имена учесника која припадају комори којој се образац доставља.**

**Оверене обрасце Извештаја у штампаном облику не попуњавати ручно и обавезно слати поштом или лично доставити на адресу свих здравствених комора чији су чланови учествовали у програму КЕ.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **РЕДНИ****БРОЈ** | **ИМЕ И ПРЕЗИМЕ** | **БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ ЛИЦА ОРГАНИЗАТОРА**