

Помошен образец за попис на вработените во здравствените установи на Скопскиот регион

Име на ЗУ и ЕМБС

Вид на ЗУ

Оддел или служба на ЗУ

Дејност

Здравствен објект

Општина

Адреса

Тел/ Факс/ е-маил

Ред.Бр	Презиме и име /Иницијали/	Пол	Националност	Година на раѓање	Степен на стручна подготовка	Профил звање	Вид на специјализација во тек	Вид на завршена специјализација	Вид на завршена субспецијализација	Работа што ја врши
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Одговорно лице _____