

Ime i prezime \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
dermatolog/lekar na specijalizaciji iz dermatovenerologije

Ako ste na specijalizaciji, koja ste godina specijalizacije u maju 2026. \_\_\_\_\_

Ustanova u kojoj radite \_\_\_\_\_

Da li ste član UDVS?    DA            NE            Ukoliko jeste, od kada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mentor ili šef katedre (štampanim slovima i potpis)

\*Za lekare na specijalizaciji potreban je potpis mentora ili šefa katedre