

Образац 2: Захтев за добијање мишљења о квалитету програма КМЕ из области комплементарне медицине

1. Подносилац захтева

Организатор КМЕ
Здравствена установа/приватна пракса/удружења здравствене струке/друга правна лица
Име и презиме организатора _____
Контакт телефон: _____ е-пошта: _____

2. Прилози

<p>1. <i>Попуњен формулар пријаве програма КМЕ (захтев за акредитацију програма Здравственог савета Србије)</i></p> <p>2. Докази о едукацији и радном искуству предавача практичне наставе КМЕ из области комплементарне медицине:</p> <ul style="list-style-type: none">– <i>Фотокопија Решења Министра здравља којим се одобрава здравственом раднику обављање одређене методе комплементарне медицине</i>– <i>Фотокопија Уговора о раду здравственог радника – предавача практичне наставе КМЕ из области комплементарне медицине са здравственом установом/приватном праксом/другим правним лицем, за које је добијено решење Министарства здравља за обављање одређених метода комплементарне медицине</i>– <i>Фотокопија медицинске документације са евидентираним услугама из области комплементарне медицине</i> <p>3. Место одржавања практичне наставе – здравствена установа/приватна пракса/друго правно лице за које је посебним законом предвиђено да обавља и послове здравствене делатности</p> <ul style="list-style-type: none">-<i>Фотокопија Решења регистрационог органа за обављање здравствене делатности</i>– <i>Фотокопија уговора са организатором КМЕ из области комплементарне медицине</i> <p>4. <i>Сертификат о стеченом звању едукатора за одређену област комплементарне медицине из које се пријављује едукација (опционо)</i></p>
--

3. Доказ о уплати републичке административне таксе