

AVALDUS PÄDEVUSSERTIFIKAADI TAOTLEMISEKS

Arsti kood

“.....”.....20.... a.

Ees- ja perekonnanimi.....

1. Isikukood.....
2. Elukohta aadress
3. E-posti aadress, kuhu soovin saada sertifikaati
4. Telefon
5. Haridus (õppeasutuse nimi ja lõpetamise aasta)
.....
6. Töökoht/töökohad viimase viie aasta jooksul
..... kuni
(ametikoht ja asutuse nimetus)
..... kuni
(ametikoht ja asutuse nimetus)
..... kuni
(ametikoht ja asutuse nimetus)
..... kuni
(ametikoht ja asutuse nimetus)
..... kuni
(ametikoht ja asutuse nimetus)
7. Keskmine tööhõive nädalas.....
Visiitide arv kuus keskmiselt.....
8. Mis aastast asusite tööle antud erialal.....
9. Täienduse maht viimasel viiel aastal (minimaalselt 150 täienduspunkti)
 - a) erialane (minimaalselt 100 täienduspunkti)
 - b) üldmeditsiiniline.....
10. Teaduslikud tööd: trükitud ja käsikirjad (arv)
 - a) artiklid eriala ajakirjades, loengud, ettekanded jne.
 - b) populaarteaduslik artikkel
 - c) esinemine raadios või televisioonis
 - d) loengud arstidele
 - e) osalemine teadusprojektis
11. Lisad:
 - a) täiendusdokumentide koopiad
 - b) artiklite koopiad
 - c) lektori tegevuse aruanne (teema, kellele orienteeritud, toimumise aeg ja koht)
 - d) maksekorralduse koopia: Eesti Hambaarstide Liidu arvele SEB Pangas
A/a EE141010152007519005
 - 20 EUR-i EHL liikmele
 - 50 EUR-i mitteliikmele
 - kiirmenetlus EHL liikmele 200 EUR-i
 - kiirmenetlus mitteliikmele 400 EUR-i

Kinnitan andmete õigsust.....

(allkiri)

Pädevuskomisjoni otsus

Esimees: Rita Nõmmela

Liikmed: Mare Saag, Ülo Pintson, Taavo Seedre, Kattri Arge, Regina Kuningas-Ott, Toomas Männaste

“.....”.....20.... a.