

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

1. <i>Попуњен формулар пријаве програма КМЕ (захтев за акредитацију програма Здравственог савета Србије)</i> 2. Докази о едукацији и радном искуству предавача практичне наставе КМЕ из области комплементарне медицине: – <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> 3. Место одржавања практичне наставе – здравствена установа/приватна пракса/друго правно лице за које је посебним законом предвиђено да обавља и послове здравствене делатности – <i>Фотокопија Решења регистрационог органа за обављање здравствене делатности</i> – <i>Фотокопија уговора са организатором КМЕ из области комплементарне медицине</i> 4. <i>Сертификат о стеченом звању едукатора за одређену област комплементарне медицине из које се пријављује едукација (опционо)</i>

3. Доказ о уплати републичке административне таксе