**PRIJAVA SURADNIH USTANOVA/ORDINACIJA I MENTORA**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime) prijavljujem se za mentora (studentu/studentici) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, za obavljanje izvanfakultetske nastave - praktičnog rada završnog 12. semestra integriranog preddiplomskog i diplomskog studija Dentalne medicine, akademske 2023./24. godine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 mjesto i datum potpis

**Ispunjava mentor; zaposlenik DZ-a**

|  |
| --- |
| DOM ZDRAVLJA |
| DOM ZDRAVLJA: |  |
| ISPOSTAVA: |  |
| ADRESA: |  |
| OIB: |  |
| OVLAŠTENA OSOBA ZA ZASTUPANJE: |  |
| BROJ TELEFONA: |  |
| BROJ MOBITELA: |  |
| E-MAIL ADRESA: |  |
| GODINE STAŽA MENTORA: |  |

**Ispunjava mentor; ordinacija u zakupu, koncesiji, privatna ordinacija**

|  |
| --- |
| ORDINACIJA DENTALNE MEDICINE  |
| NAZIV ORDINACIJE: |  |
| ADRESA: |  |
| OIB: |  |
| OVLAŠTENA OSOBA ZA ZASTUPANJE: |  |
| BROJ TELEFONA: |  |
| BROJ MOBITELA: |  |
| E-MAIL ADRESA: |  |
| MENTOR: |  |
| GODINE STAŽA MENTORA: |  |

**Ispunjava student :** e-mail adresa studenta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_