



Oda e Stomatologëve të Kosovës

Stomatološka Komora Kosova • Dental Chamber of Kosova

APLIKACIONI PËR AKREDITIM TË AKTIVITETEVE TË EVP-SË

TË DHËNAT E ORGANIZATORIT	
Emërtimi i subjektit të autorizuar	
Adresa:	
Telefoni:	
E-maili:	
Nënshkrimi:	
TË DHËNA MBI NGJARJEN PROFESIONALE	
	<input type="checkbox"/> Kongres <input type="checkbox"/> Konferencë <input type="checkbox"/> Simpozium <input type="checkbox"/> Seminar <input type="checkbox"/> Kurs profesional <input type="checkbox"/> Trajnim profesional <input type="checkbox"/> Tjetër (shpjego):
Emri i ngjarjes profesionale:	
Vendi dhe data e mbajtjes:	
Grupi i synuar profesional:	
Kuotizimi: (specifikoni shumën me të cilën do të ngarkohet pjesëmarrësi.)	
Data e aplikacionit:	
Nënshkrimi i personit përgjegjës:	

Bashkëngjitni informatat në vijim: Programi i detajuar i aktivitetit (objektivat, përmbajtja, CV- e ligjëruesve etj); Certifikata e regjistrimit të subjektit të autorizuar.

TERMAT E REFERENCES

Prezantimi i ngjarjes:

Qëllimi i ngjarjes:

Kohëzgjatja:

Aprovimi i KEVP (emri, nënshkrimi dhe data e personit autorizues)
/Kjo pjesë plotësohet nga i autorizuari i Komisionit për EVP/

Po

Jo

Nëse PO:

Kjo ngjarje poentohet për:

Pjesëmarrës aktiv _____ pikë

Pjesëmarrës pasiv _____ pikë

Nëse JO (arsyeja)

KOMISIONI I EVP-SË

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Data: _____