

IME I PREZIME:

DATUM POČETKA KRUŽENJA:

SPECIJALIZACIJA: **OPŠTA MEDICINA**

PROGRAM KRUŽENJA NA PEDIJATRIJI

3 MESECA

Potpis odgovornog lica

PRIJEMNA AMBULANTA	1 MESEC	
OPŠTE ODELJENJE	2 NEDELJE	
PULMOLOGIJA	2 NEDELJE	
GASTROENTEROLOGIJA	2 NEDELJE	
NEUROEPILEPTOLOGIJA	2 NEDELJE	