

Nr i protokollit të kërkesës/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (E plotëson ASCK)

**LISTA E PJESMARRESVE**

Ofruesi/bashkëofruesi \_\_\_\_\_

Titulli i aktivitetit: \_\_\_\_\_

Data e zhvillimit të aktivitetit: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Për kategorinë e: \_\_\_\_\_ (infermer, mjek, farmacist, dentist)(E plotëson Ofruesi i Akredituar)

Për Specialitetin e : \_\_\_\_\_ (E plotëson Ofruesi i Akredituar)

**Bashkëlidhur dokumenti i regjistrimit të profesionistëve Po / Jo**

**Ofruesi plotëson kushtet Po / Jo**

**Moderator/organizator**

Nr	Emër	Atësi	Mbiemër	Profesioni	Specialiteti	Orë të ndjekura/kredite	Institucioni/Klinika	Rrethi/Adresa	Kontakte(email,tel)
1	A								
2	B								
3	C								

**Lektorët**

