



**ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ  
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ**

**организује курс**

**FOOD SAFETY И АЛИМЕНТАРНЕ БОЛЕСТИ**

**Велика сала „проф. др Милија Ђурић“  
Факултета медицинских наука у Крагујевцу  
12. 11. 2016. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**09,45 - 10,30 Регистрација учесника и улазни тест**

**10,30 - 11,15 Здравствена безбедност хране. Законска регулатива  
Предавање: проф. др Нела Ђоновић**

**11,15 - 12,15 Систем контроле квалитета - HACCP, HALAL  
Предавање: др сци. мед. Драган Васиљевић, стручни сарадник**

**12,15 - 12,45 Анализе хране (микробиолошке, физичко-хемијске и радиолошке). ИСО  
стандарди 17025  
Рад у групи: др сци. мед. Драган Васиљевић, стручни сарадник**

**12,45 - 13,15 Пауза**

**13,15 - 14,15 Савремени третман алиментарних обољења  
Предавање: проф. др Жељко Мијаиловић**

**14,15 - 15,15 Дијагноза и терапија алиментарних болести  
Решавање клиничких проблема: проф. др Жељко Мијаиловић**

**15,15 - 16,15 Адитиви у храни – здравствени аспекти. Тешки метали и пестициди у храни –  
здравствени аспекти  
Рад у групи: проф. др Нела Ђоновић**

**16,15 - 16,45 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата**

Одлуком Здравственог савета Србије од 23. 05. 2016. године, евиденциони број А-1-1304/16,  
КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 12 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ  
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, ФАРМАЦЕУТИ, СТОМАТОЛОЗИ, БИОХЕМИЧАРИ,  
МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ, ЗДРАВСТВЕНИ ТЕХНИЧАРИ  
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

Тел: 034/306-800, лок. 131, Е-mail: [kme@medf.kg.ac.rs](mailto:kme@medf.kg.ac.rs);

Site: <http://www.medf.kg.ac.rs>

Котизацију у износу од 4.000,00 динара уплатити на жиро рачун  
ФАКУЛТЕТА МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ Број: 840-1226666-19,  
позив на број: 97 56 12112016

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112

Оригинал пријаве и уплате доставити приликом регистрације учесника

### ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ

Пријављујем се за курс:

НАЗИВ КУРСА: \_\_\_\_\_

ПРЕЗИМЕ: \_\_\_\_\_

ИМЕ: \_\_\_\_\_

УСТАНОВА: \_\_\_\_\_

АДРЕСА: \_\_\_\_\_

ПОШТАНСКИ БРОЈ: \_\_\_\_\_

ГРАД: \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: \_\_\_\_\_

ФАКС: \_\_\_\_\_

ЕМАИЛ: \_\_\_\_\_

ПОТПИС: \_\_\_\_\_

ДАТУМ: \_\_\_\_\_

БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ: \_\_\_\_\_