



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

организује курс кме

**БЕЗБЕДНО УПРАВЉАЊЕ ХЕМИКАЛИЈАМА
И БИОЦИДНИМ ПРОИЗВОДИМА**

**Амфитеатар „Проф. др Милосав Костић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
26. 10. 2013. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

09,30 - 10,00 Регистрација учесника и улазни тест знања полазника

**10,00 - 10,45 Регулатива у области хемикалија
Предавање: проф. др Недељко Манојловић**

**10,45 – 11,30 Регистровање хемикалија
Предавање: проф. др Драган Миловановић**

**11,30 - 12,15 Класификација хемикалија
Предавање: проф. др Ратомир Јелић**

12,15 - 12,30 Пауза

**12,30 - 13,15 Утицај хемикалија на организме и животну средину
Предавање: проф. др Ратомир Јелић**

**13,15 - 14,00 Регулатива у области биоцидних производа
Предавање: проф. др Драган Миловановић**

**14,00 - 14,45 Хемикалије са неприхватљивим ризиком
Семинар: проф. др Недељко Манојловић**

14,45 - 15,15 Пауза

**15,15 - 16,00 Класификација хемикалија
Вежбе: асс. мр фарм. Марина Томовић**

16,00 - 16,45 Основни подаци о хемикалији и биоциду
Вежбе: ас. мр фарм. спец. Верољуб Марковић

16,45 - 17,00 Завршни тест, анкета о квалитету и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-1827/2013-01, евиденциони број А-1-1332/13,
од 13. 05. 2013. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**

Циљна група: ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ И БИОХЕМИЧАРИ

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

Тел: 034/306-800, лок. 131, Е-mail: 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:

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112 или Е-mail: kme@medf.kg.ac.rs

Оригинал пријаве и уплате доставити приликом регистрације учесника

За чланове Српског лекарског друштва бесплатно (обавезна пријава за учешће).

ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ

Пријављујем се за курс:

НАЗИВ КУРСА: _____

ПРЕЗИМЕ: _____

ИМЕ: _____

УСТАНОВА: _____

АДРЕСА: _____

ПОШТАНСКИ БРОЈ: _____

ГРАД: _____

ТЕЛЕФОН: _____

ФАКС: _____

ЕМАИЛ: _____

ПОТПИС: _____

ДАТУМ: _____

БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ: _____