

1. SLOVENSKI KONGRES OTROŠKE KIRURGIJE

SKOK

Ime in priimek udeleženca:	
Specialist / Specializant / drugo:	
Stalni naslov:	
Zaposlen - ustanova:	
Oddelek:	
Telefon:	
GSM:	
e-pošta:	

Plačnik kotizacije:	
Naslov plačnika:	
Poštna številka in kraj:	
Davčna številka plačnika:	
Žig in podpis odgovorne osebe:	

KOTIZACIJA(označi) :

- **SPECIALISTI: 150 EUR**
- **SPECIALIZANTI: 100 EUR**
- **TEČAJ MINIMALNE INVAZIVNE OTROŠKE KIRURGIJE : 50 EUR (MAX 12 UDELEŽENCEV)**
- **ŠTUDENTI, UPOKOJENI ZDRAVNIKI: 20 EUR**
- **MEDICINSKE SESTRE: 60 EUR**
- **SPREMLJEVALCI: 50 EUR**

Datum:	
Podpis prijavitelja_	

pošljete na naslov:
E-pošta: info@skok-saops.org