

P R I J A V N I C A

Prijavljam se na podiplomsko izobraževanje za zdravnike  
"ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI,  
ki bo 16. in 17. marca 2018 v prostorih Terme Zreče,  
Cesta na Roglo 15, 3214 Zreče

Prosimo, izpolnjujte s tiskanimi črkami.

**UDELEŽENEC / UDELEŽENKA**

Ime in priimek .....

Naziv: .....

Naslov stalnega bivališča .....

.....

Zaposlen - a: .....

Telefon - fax: .....

**PLAČNIK UDELEŽBE - KOTIZACIJE**

Naziv ustanove: .....

Točen naslov .....

.....

Telefon/faks .....

.....

Transakcijski (domač) račun: .....

Izjava – Davčni zavezanec (obkrožite) :            DA / NE

ID za DDV .....

Datum: .....

Žig in podpis: .....

Prijavnico z vsemi točnimi podatki pošljite:  
Sanja Lazić, Pedatrična klinika, Bohoričeva 20, Ljubljana  
E-mail: [izobrazevanje.pedriatrija@gmail.com](mailto:izobrazevanje.pedriatrija@gmail.com)

Fax: 01 522 40 73