

P R I J A V N I C A

Prijavljam se na podiplomsko usposabljanje - izobraževanje

**Podiplomsko usposabljanje – izobraževanje medicinskih sester s področja
edukacije in oskrbe bolnika s sladkorno boleznijo
za
Specialna znanja o edukaciji bolnikov s sladkorno boleznijo**

UDELEŽENEC / UDELEŽENKA

Ime in priimek.....Izobrazba.....
Zaposlen/a, (ustanova):.....
Delo, ki ga opravljam, vpiši:.....
a) Edukator: število let....., število dni v tednu....., število ur v tednu.....
b) Drugo, vpiši.....
Naslov in občina stalnega bivališča.....
E.pošta:.....Telefon št:
Izjava – Davčni zavezanec-obkroži: DA / NE
Davčna številka:.....
Datum.....Podpis.....

Izpolniti le v primeru, ko udeleženec ni tudi plačnik (plačnik je podjetje ali zavod)

PLAČNIK UDELEŽBE

Naziv podjetja:
Točen naslov sedeža podjetja:.....
Tel/fax št.:.....e.pošta:.....
Kontaktna oseba:.....
Izjava – Davčni zavezanec – obkroži: DA / NE
Davčna številka:.....
Matična številka:.....
Žiro račun št:.....

Podpis odgovorne osebe.....Žig ustanove.....