



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV C E L J E

PROŠNJA ZA DODELITEV SREDSTEV ZA STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE

Ime in priimek prosilca:	
Prebivališče:	
Poštna številka, kraj bivanja:	
Poklic:	
Telefonska številka:	
E-pošta:	
Zavod (podatki o zaposlitvi):	
Služba/oddelek:	
Delovno mesto:	
Telefonska številka (služba):	
Številka članske izkaznice:	
Velja do:	
Naziv strokovnega izpopolnjevanja:	
Organizator strokovnega izpopolnjevanja:	
Kraj srečanja:	
Termin srečanja:	
Višina kotizacije z DDV:	
Vrsta udeležbe (aktivna/pasivna) :	
Polni naziv prejemnika kotizacije:	
Številka transakcijskega računa prejemnika:	
Sklic na številko:	
Davčna številka prosilca:	

K prošnji prilagam fotokopijo programa strokovnega izpopolnjevanja iz katere je razvidna višina kotizacije in podatki o izvajalcu strokovnega izpopolnjevanja.

Izpolnjen obrazec podpišite, skenirajte in pošljite na e-mail društva: info@dmsbzt-celje.si

Celje, _____

Podpis prosilca: _____