|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo ZZ | **Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –****Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije** | **VLOGA ZA DODELITEV LICENČNIH TOČK ORGANIZATORJU IZPOPOLNJEVANJA** |
| Ob železnici 30 a, 1000 Ljubljana Tel: 01 544 54 80e-pošta: licencno.vrednotenje@zbornica-zveza.si |

 **PODATKI O ORGANIZATORJU STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA**

Polni naziv organizatorja (naziv, naslov in kraj):

Davčna številka:

Odgovorna oseba:       E – pošta:

Kontaktna oseba:       E – pošta:

Telefonska številka:       Mobilna številka:

 **PODATKI O STROKOVNEM IZPOPOLNJEVANJU**

Naslov strokovnega izpopolnjevanja

Datum:       Kraj izvedbe:       Trajanje:

Oblika strokovnih vsebin: (označi)

 [ ]  splošne vsebine zdravstvene ali babiške nege [ ]  obvezna vsebina zakonodaja in poklicna etika

 [ ]  ožje strokovno področje zdravstvene ali babiške nege [ ]  obvezna vsebina temeljni postopki oživljanja

 [ ]  obvezna vsebina kakovost in varnost v zdravstvu

Opredelitev programa, iz katerega so razvidni predavatelji in cilj strokovnega srečanja:

Ciljna populacija udeležencev:

Predvideno število udeležencev:

Način preverjanja udeležbe:

Opis morebitnega preverjanja znanja:

Določitev jezika, v katerem bo potekalo strokovno izpopolnjevanje:

Priloge:

- program strokovnega izpopolnjevanja

- izjava o potencialnem ali dejanskem konfliktu interesov

- reference za predavatelje (velja za obvezne vsebine)

[ ]  Želimo, da se vloga za dodelitev licenčnih točk organizatorju izpopolnjevanja posreduje tudi komisiji za izpopolnjevanje in izobraževanje Zbornice – Zveze ter se obravnava kot vloga za vpis strokovnega srečanja/dogodka v register izpopolnjevanj/izobraževanj Zbornice – Zveze in se na podlagi tega izvajalcem zdravstvene in babiške nege podelijo še pedagoške točke

Kraj, datum:      ,       Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVA O POTENCIALNEM ALI DEJANSKEM KONFLIKTU INTERESOV**

Polni naziv in naslov organizatorja:

Izjavljam, da ne obstaja potencialni ali dejanski konfliktu interesov iz 24. člena Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter da je razrešeno kakršenkoli nasprotje interesov tako samega organizatorja, odgovorne osebe, organizacijskega odbora, kot tudi avtorjev prispevkov pri izvedbi srečanja *(naslov strokovnega srečanja (datum, kraj in trajanje))*

[ ]  Udeleženci morajo za udeležbo na strokovnem izpopolnjevanju plačati kotizacijo. Višina kotizacije za izvajalce zdravstvene ali babiške nege znaša       €. Cena je brez/z vključenim DDV (označi).

Kraj, datum:      ,

Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_