**IZVAJALEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI (delodajalec)**

|  |  |
| --- | --- |
| Uradni naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti |  |
| Naslov  |  |
| Poštna številka  |  |
| Telefonska številka |  |
| Elektronski naslov |  |

Izvajalec zdravstvene dejavnosti izjavljam, da bom v **roku 60 dni po prejemu računa** na račun Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze, Ob Železnici 30 A, 1000 Ljubljana, številka računa: SI56 0201 5025 8761 480, sklic 00 0601-087 **plačal stroške** v višini **80 €** za **enkratno opravljanje preizkusa strokovne usposobljenosti** za spodaj navedene izvajalce zdravstvene nege iz drugega odstavka 38. člena Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti – ZZDej-K.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kandidat/ka kopijo podpisanega obrazca posreduje Zbornici – Zvezi. Pristop k preizkusu je mogoč po prejemu prijavnice, izjave delodajalca o izpolnjevanju pogojev po 38/2. členu ZZDej-K in potrdila o plačilu stroškov preizkusa ali izjave delodajalca o kritju stroškov preizkusa. |

**Osebno ime in letnica kandidatov/tk**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer Imena | 1968 |  |   |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Podpis pooblaščene osebe izvajalca zdravstvene dejavnosti |
|  |
|  |