**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 0601-117 **plačal stroške** v višini **300 €** za **enkratno opravljanje preizkusa znanja slovenskega strokovnega jezika**  za spodaj navedene izvajalce zdravstvene oziroma babiške nege.

Seznanjen sem, da v skladu z določili Pravilnika o preizkusu znanja slovenskega strokovnega jezika za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, ki opravljajo dejavnosti v zdravstveni in babiški negi, **plačam stroške preizkusa** tudi, če se kandidat pravočasno ne odjavi od preizkusa (najpozneje deset dni pred izpitnim rokom), če med opravljanjem preizkusa znanja od preizkusa znanja **odstopi** ali če **uspešno ne opravi preizkusa**.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kandidat/ka kopijo podpisanega obrazca posreduje Zbornici – Zvezi. Pristop k preizkusu znanja je mogoč po prejemu prijavnice, dokazila o izobrazbi, prevoda dokazila o izobrazbi 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 |
|  | | | |
|  | | | |