**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 **150 €** za **udeležbo na delavnici** »***Priprava na pisni preizkus znanja slovenskega strokovnega jezika za izvajalce zdravstvene in babiške nege***«3. 4. 2024 za spodaj navedene izvajalce zdravstvene oziroma babiške nege.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kandidat/ka kopijo podpisanega obrazca posreduje Zbornici – Zvezi skupaj s prijavo. |

**Osebno ime in letnica kandidatov/tk**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Priimek in ime | Letnica |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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