**OSEBNI PODATKI VLAGATELJA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime in priimek |  | | |
| Dekliški priimek |  | | |
| Datum rojstva |  | Kraj rojstva |  |
| EMŠO številka |  | Državljanstvo |  |
| Stalni naslov |  | | |
| Začasni naslov |  | | |
| Naslov za vročanje | stalno prebivališče | | začasno prebivališče |
| E-pošta (obvezno) |  | Telefon |  |
| Poklicni naziv |  | | |
| Zaposlen/a v/pri  (naslov) |  | | |
| Naziv klinike/ kliničnega oddelka |  | | |
| Delovno mesto |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PLAČILO STROŠKOV PREIZKUSA**  ***Stroške preizkusa*** *v višini* ***659*** ***€*** *se nakaže 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. **Pristop k preizkusu** je mogoč **po prejemu** **potrdila o plačilu stroškov preizkusa.**  stroški preizkusa vključujejo **enkratno opravljanje preizkusa**. |

**POSTOPEK, v okviru katerega bo potekal preizkus strokovne usposobljenosti**

**(označi)**

postopek podaljšanja licence

postopek ponovnega vpisa v register in podelitve licence

**DATUM PREIZKUSA**

(obkrožite en termin preizkusa)

**2024**

**23. maj**   **19. september**   **21. november**

**OBVEZNA PRILOGA**

1. **Potrdilo o plačilu stroškov preizkusa strokovne usposobljenosti**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum |  | Lastnoročni podpis |  |