



## **PRIJAVNICA NA PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI**

<b>OSEBNI PODATKI</b>
-----------------------

*(Prosimo, pišite z velikimi tiskanimi črkami)*

<b>Ime in priimek:</b>	
<b>Datum rojstva:</b>	
<b>Kraj in država rojstva:</b>	
<b>Naslov stalnega prebivališča:</b>	
<b>Naslov za pošiljanje pošte (če ni enak naslovu stalnega prebivališča):</b>	
<b>Zaposlitev (ustanova, oddelek):</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>E-naslov:</b>	

se prijavljam na **PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI**

na področju: \_\_\_\_\_

*(naziv strokovnega področja)*

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

- Postopek podelitve licence
- Postopek podaljšanja licence
- Postopek priznavanja specialističnega naslova, pridobljenega v tujini

K preizkusu strokovne usposobljenosti bi pristopil/-a (mesec/leto): \_\_\_\_\_

Stroške preizkusa v znesku 1.612,80 EUR bo v roku najmanj 8 dni pred datumom opravljanja preizkusa poravnal:

---

(žig in podpis pravne osebe – plačnika ali podpis fizične osebe - plačnika)

Prosimo, da plačnik stroškov preizkusa najkasneje osem dni pred datumom opravljanja preizkusa Zdravniški zbornici Slovenije posreduje potrdilo o plačilu, lahko tudi po elektronski pošti na naslov [gp.zzs@zss-mcs.si](mailto:gp.zzs@zss-mcs.si). V kolikor potrdila o plačilu ne bomo prejeli najmanj osem dni pred datumom opravljanja preizkusa, le-tega ne boste mogli opravljati.

Stroški preizkusa vključujejo enkratno opravljanje preizkusa.

Datum: \_\_\_\_\_

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