



PRIJAVNICA NA PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI

OSEBNI PODATKI

(Prosimo, pišite z velikimi tiskanimi črkami)

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

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 1.900,00 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@zgs-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: _____