



**ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE**  
**MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA**

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zsz-mcs.si

📞 +386 (0) 1 30 72 100

## VLOGA ZA OPRAVLJANJE PROGRAMA PRIPRAVNIŠTVA ZA POKLIC DOKTOR DENTALNE MEDICINE

Podpisani/a \_\_\_\_\_,

stanujoč/a \_\_\_\_\_,

poštna številka in kraj \_\_\_\_\_,

se prijavljam za opravljanje programa pripravništva za poklic doktor dentalne medicine  
pri delodajalcu \_\_\_\_\_  
v trajanju dvanajstih (12) mesecev.

Pričetek: \_\_\_\_\_ (dan, mesec in leto).

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