



VLOGA ZA VPIS V REGISTER ZDRAVNIKOV

Priimek: _____

Ime: _____

Rojen/a dne: _____, v kraju: _____

Stalni naslov (ulica in hišna št.): _____

Poštna št., kraj, država: _____

Začasni naslov (ulica in hišna št.): _____

Poštna št., kraj, država: _____

Telefon in GSM: _____

Elektronski naslov: _____

Državljanstvo: _____ Spol: moški ženski *(ustrezno obkroži)*

Diplomiral/a na med. fakulteti v _____ dne _____

Nostrifikacija diplome v/na _____ dne _____

Opravil/a strokovni izpit v _____ dne _____

Opravila/a (dopolnilni) strokovni izpit v _____ dne _____

Opravil/a specializacijo iz _____ dne _____ v kraju _____

Opravil/a magisterij iz _____ v _____ dne _____

Opravil/a nostrifikacijo magisterija v _____ dne _____

Opravil/a doktorat iz _____ v _____ dne _____

Opravil/a nostrifikacijo doktorata v _____ dne _____

Pridobljeni naziv: dr. med. dr. dent. med. *(ustrezno obkroži)*

