

## PRENOS VLOGE ZA ODOBRITEV SPECIALIZACIJE

Ime in priimek vlagatelja zahtevka:

\_\_\_\_\_

**Prvotno vložena vloga:**

- specializacija: \_\_\_\_\_

- (obkrožiti):

nacionalni razpis

za izvajalca: \_\_\_\_\_

- dne: \_\_\_\_\_

**Vlogo prenašam na:**

- specializacija: \_\_\_\_\_

- (obkrožiti):

nacionalni razpis

za izvajalca: \_\_\_\_\_

- ✓ **Prilagam tudi novo izjavo** za razpis za posameznega izvajalca oz. izjavo na razpis za območje celotne države!
- ✓ **Prilagam tudi novo zdravniško spričevalo** (velja ob prenosu na drugo specializacijo)

Podpis vlagatelja:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Ura:

Izpolnjen obrazec pošljite po pošti na naslov: Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana ali po faxu: 01/30 72 169 oziroma po elektronski pošti: gp.zzs@zgs-mcs.si