



PRIJAVA NA SPECIALISTIČNI IZPIT iz

_____ (izberi področje specializacije)

Ime: _____ Priimek: _____

Rojen/a dne: _____ Kraj, država: _____

Stalni naslov (ulica, hišna št.): _____

Poštna številka, kraj: _____ Država: _____

Začasni naslov (ulica, hišna št.): _____

Poštna številka, kraj: _____ Država: _____

Telefon GSM: _____ Elektronski naslov: _____

Spol: (ustrezno označi) moški ženski

Glavni mentor: _____

Mentor pri specialistični nalogi: _____

Opravljen evropski izpit v okviru UEMS ali drugega ustreznega evropskega združenja:

DA - datum izpita: _____ NE

Zaposlitev po specialističnem izpitu: _____

K specialističnemu izpitu bi pristopil/a (vpiši mesec in leto): _____

Stroške izpita v znesku **1.900,00 EUR** bo plačnik – pravna oseba poravnal po opravljenem izpitu v roku, napisanem na računu, samoplačnik pa najkasneje 8 dni pred opravljanjem izpita na podlagi prejetega predračuna Zdravniške zbornice Slovenije:

_____ (žig in podpis pravne osebe – plačnika oz. samoplačnika)



Datum: _____

Podpis specializanta: _____

OBVEZNE PRILOGE:

- izpolnjen list zdravnika specializanta (za kirurške specialnosti priložiti seznam opravljenih posegov)
- izjava koordinatorja
- izjava glavnega mentorja o pripravljenosti kandidata na specialistični izpit
- v primeru, da vodite elektronski list specializanta pa zgolj elektronska potrditev glavnega mentorja in nacionalnega koordinatorja