

## PRIJAVNICA

### TEČAJ TRANSFUZIJSKE MEDICINE ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE IN SODELAVCE

1. teden: 28. januar - 1. februar 2008

2. teden: 11. februar - 15. februar 2008

#### UDELEŽENCI

Ime in priimek	strokovni naziv	Bolnišnični oddelek, kjer je udeleženec zaposlen	Tel. v službi
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### PLAČNIK

Popoln naziv: \_\_\_\_\_

Naslov in poštna št.: \_\_\_\_\_

Zavezanec za DDV (obkrožite): DA NE

Davčna številka: \_\_\_\_\_

Kontaktna oseba: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ fax.: \_\_\_\_\_

**Plačilo tečaja po prejemu računa, ki bo izstavljen in poslan plačniku po zaključku tečaja.**

**Zaradi pravilne izstavitve računa prosimo, da vpišete polni in točni naziv ter naslov plačnika!**

Prosimo, da izpolnjeno prijavnico pošljete **najkasneje do 15. januarja 2008** na naslov : Zavod RS za transfuzijsko medicino, SLUŽBA ZA IZOBRAŽEVANJE, Šlajmerjeva 6, 1000 Ljubljana.

Datum: \_\_\_\_\_ Žig plačnika in podpis odgovorne osebe:

## PRIJAVNICA

### TEČAJ TRANSFUZIJSKE MEDICINE ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE IN SODELAVCE

1. teden: 28. januar - 1. februar 2008

2. teden: 11. februar - 15. februar 2008

#### UDELEŽENCI

Ime in priimek	strokovni naziv	Bolnišnični oddelek, kjer je udeleženec zaposlen	Tel. v službi
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### PLAČNIK

Popoln naziv: \_\_\_\_\_

Naslov in poštna št.: \_\_\_\_\_

Zavezanec za DDV (obkrožite): DA NE

Davčna številka: \_\_\_\_\_

Kontaktna oseba: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ fax.: \_\_\_\_\_

**Plačilo tečaja po prejemu računa, ki bo izstavljen in poslan plačniku po zaključku tečaja.**

**Zaradi pravilne izstavitve računa prosimo, da vpišete polni in točni naziv ter naslov plačnika!**

Prosimo, da izpolnjeno prijavnico pošljete **najkasneje do 15. januarja 2008** na naslov : Zavod RS za transfuzijsko medicino, SLUŽBA ZA IZOBRAŽEVANJE, Šlajmerjeva 6, 1000 Ljubljana.

Datum: \_\_\_\_\_ Žig plačnika in podpis odgovorne osebe: