

Zavod RS za transfuzijsko medicino
Služba za izobraževanje
Šlajmerjeva 6

1000 Ljubljana

PRIJAVNICA

PROGRAM IZOBRAŽEVANJA:
OGLED ZAVODA RS ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO

PODATKI O UDELEŽENCIH

NAZIV IN NASLOV ŠOLE:

DATUM OGLEDA:

URA OGLEDA:

ŠTEVILO UDELEŽENCEV:

RAZRED:

SPREMLJEVALCI:

(ime in priimek, poklicni naziv)

KONTAKTNA OSEBA:

(ime in priimek, naziv, telefon)

NAMEN OGLEDA:

ŽELJE IN PREDLOGI:

Datum in žig:

Podpis odgovorne osebe:

Prijavnico pošljite na Zavoda vsaj 14 dni pred načrtovanim obiskom.