



## **PRIJAVNICA ZA PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI**

### **OSEBNI PODATKI**

*(Prosimo, pišite z velikimi tiskanimi črkami)*

<b>Ime in priimek:</b>	
<b>Datum in kraj rojstva:</b>	
<b>Naslov bivališča:</b>	
<b>Zaposlitev (ustanova, oddelek):</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>E-mail:</b>	

se prijavljam na **PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI**

na področju: \_\_\_\_\_

*(naziv strokovnega področja)*

**POSTOPEK, v okviru katerega pristopate k preizkusu strokovne usposobljenosti:**

- Postopek podelitve licence
- Postopek podaljšanja licence
- Postopek priznavanja specialističnega naziva, pridobljenega v tujini

K preizkusu strokovne usposobljenosti bi pristopil-a (mesec/leto): \_\_\_\_\_

Stroške preizkusa v znesku 1.612,80 EUR (2560 točk zdravniške tarife) bo v roku najmanj 8 dni pred datumom opravljanja preizkusa poravnal:

---

(žig in podpis pravne osebe – plačnika ali podpis fizične osebe - plačnika)

Prosimo, da plačnik stroškov preizkusa najkasneje osem dni pred datumom opravljanja preizkusa Zdravniški zbornici Slovenije posreduje potrdilo o plačilu, lahko tudi po faksu, na številko: 01/ 30 72 109. V kolikor potrdila o plačilu ne bomo prejeli najmanj osem dni pred datumom opravljanja preizkusa, le-tega ne boste mogli opravljati. Stroški preizkusa vključujejo enkratno opravljanje preizkusa.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_