



Zdravniška zbornica Slovenije

Dunajska cesta 162
p. p. 439, SI-1001 Ljubljana

Medical Chamber of Slovenia

Tel.: +386/1/30 72 100, faks: +386/1/30 72 109
E-pošta: gp.zzs@zszs-mcs.si

VLOGA ZA OPRAVLJANJE PRIPRAVNIŠTVA

Podpisani/a _____,

stanujoč/a _____,

poštna številka in kraj _____,

se prijavljam za opravljanje pripravništva

v ustanovi _____

v trajanju šestih (6) mesecev.

Pričetek: _____ (dan, mesec, leto).

Datum: _____

Podpis: _____