



PODATKI O SLUŠATELJICI/SLUŠATELJU

Podiplomskega tečaja bolnišnične higijene

Ime in priimek: _____

Kraj in datum rojstva: _____

Državljanstvo: _____

Študiral-a na (fakulteta/visoka šola): _____

Pridobljeni naziv: _____

Zaposlovalec: _____

Področje dela (klinika/služba): _____

Strokovni izpit (da/ne): _____

Član-ica Zbornice zdravst. in babiške nege Slovenije? Številka: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Elektronski naslov: _____

Telefon: _____

Podpis slušateljice/slušatelja:

IZJAVA PLAČNIKA

o plačilu šolnine za Podiplomski tečaj bolnišnične higiene MF UL

Ime ustanove: _____

Naslov ustanove: _____

Matična številka: _____

E-naslov kontaktne osebe: _____

Izjavljamo, da bomo za kandidatko/-a/-e (ime, priimek, naziv)

za Podiplomski tečaj bolnišnične higiene MF UL v štud. letu _____

poravnali šolnino v dobro Medicinske fakultete UL, Vrazov trg 2, Ljubljana.

Kraj in datum:

Predstavnik ustanove:

Podpis predstavnika in žig ustanove:
