

**PRIJAVNI PODATKI ZA VPIS**  
Podiplomski tečaj bolnišnične higiene

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum, kraj in država rojstva: \_\_\_\_\_

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Spol: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega bivališča: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naslov začasnega bivališča: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Zaključena visokošolska ustanova (fakulteta oziroma visoka šola):

\_\_\_\_\_

Pridobljeni izobrazbeni naziv: \_\_\_\_\_

**Zaposlovalec:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Delovno mesto / organizacijska enota (klinika, oddelek, služba):**

\_\_\_\_\_

**Opravljen strokovni izpit (da/ne):**

\_\_\_\_\_

**Član-ica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije? (Da/Ne)**

\_\_\_\_\_

**Članska številka:** \_\_\_\_\_

**Vpisna številka in akademska elektronska identiteta (izpolni Medicinska fakulteta UL)**

\_\_\_\_\_

**Podpis slušateljice/slušatelja:**

\_\_\_\_\_

## IZJAVA PLAČNIKA

o plačilu šolnine za Podiplomski tečaj bolnišnične higiene  
Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Ime ustanove:

---

---

Naslov ustanove:

---

---

Matična številka:

---

E-naslov kontaktne osebe:

---

Izjavljamo, da bomo za udeleženko/-ca (ime in 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:

---

Zakoniti predstavnik ustanove:

---

Podpis predstavnika in žig ustanove:

---