

## VLOGA ZA PRIDOBITEV POTRDILA o strokovnem izpopolnjevanju na področju laboratorijske medicine

Ime: \_\_\_\_\_

Priimek: \_\_\_\_\_

Kraj in datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega prebivališča: \_\_\_\_\_

Zaposlen/a v/pri (naslov in telefon): \_\_\_\_\_

Kraj in datum:

Podpis:

*Izpolni ZLMS*

Številka vpisa v register	
---------------------------	--

Datum prejema vloge: