Prijava na izpopolnjevanje

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naziv strokovnega izpopolnjevanja | **ZFS – Celjska regionalna enota**  **CYRIAX ORTOPEDSKA MEDICINA - MODUL 3**  Terme Zreče, Cesta na Roglo 15, 3214 Zreče | | | |
| Datum izpopolnjevanja | **19.11.2021-23.11.2021** | | | |
| Plačnik izpopolnjevanja (zavod, organizacija fizična oseba, polni naslov  davčna številka plačnika |  | | | |
| Kontaktna oseba plačnika |  | | | |
| Telefon / GSM plačnika |  | E-naslov  plačnika | |  |
| Udeleženec izpopolnjevanja |  | | | |
| Datum prijave |  | | | |
| Strokovni naziv udeleženca |  | | | |
| Članstvo ZFS | DA | | NE | |
| Plačilo kotizacije | OBROČNO 1 2 3 (ustrezno obkroži) | | | |
| Telefon / GSM udeleženca |  | E-naslov udeleženca | |  |