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 naslovdavčna številka plačnika |  |
| Kontaktna oseba plačnika |  |
| Telefon / GSM plačnika |  | E-naslovplačnika |  |
| 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 |  |