

ZDRUŽENJE FIZIOTERAPEVTOV SLOVENIJE

STROKOVNO ZDRUŽENJE

 Prijava na izobraževanje / izpopolnjevanje

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv strokovnega izobraževanja/izpopolnjevanja |  |
| Plačnik izobraževanja/izpopolnjevanja polni naslov |  |
| Davčna številka plačnika izobraževanja/izpopolnjevanja |  |
| Zavezanec za DDV(ustrezno obkrožiti) |  DA | NE |
| Kontaktna oseba plačnika |  |
| Telefon / GSM plačnika |  | E-naslov  |  |
| **Udeleženec izobraževanja/izpopolnjevanja**----------------------------------------- Datum prijave |   |
| Strokovni naziv udeleženca |  |
| Članstvo | Član ZFS s poravnano članarino: DA NE  |   |
| Telefon / GSM udeleženca |  | E-naslov udeleženca |  |