

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 |  |