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 | **17.3.2023 – 21.3.2023** |
| **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 SZ | DA | NE |
| Plačilo kotizacije | OBROČNO 1 2 3 (ustrezno obkroži) |
| Telefon udeleženca: |  | E-naslov udeleženca |  |