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 | |  |