



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV C E L J E

PROŠNJA ZA DODELITEV SREDSTEV ZA ŠOLNINO - SMER ZDRAVSTVENA NEGA

Ime in priimek prosilca:	
Prebivališče	
Poštna številka, kraj bivanja	
Delovno mesto	
Status	
Datum rojstva	
Telefon	
E-pošta	
Naziv šole:	
Naslov	
Davčna številka	
TRR račun	

Celje		Podpis prosilca	
--------------	--	-----------------	--