



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

*Komisija za dodeljevanje sredstev za strokovna izpopolnjevanja,
DMSBZT Celje
Gregorčičeva 5 3000 CELJE*

**PROŠNJA ZA DODELITEV SREDSTEV ZA
STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE**

Ime in priimek prosilca	
Prebivališče	
Poštna številka, kraj bivanja	
Poklic	
Telefon (doma), mobilni	
E-pošta	
Zavod (podatki o zaposlitvi)	
Služba/oddelek	
Delovno mesto	
Telefon (služba)	
Številka članske izkaznice	
Velja do	
Naziv strokovnega izpopolnjevanja	
Organizator strokovnega izpopolnjevanj	
Kraj srečanja	
Termin srečanja	
Višina kotizacije z DDV	
Vrsta udeležbe (aktivna/ pasivna)	
Polni naziv prejemnika kotizacije	
Številka transakcijskega računa prejemnika	
Sklic na številko	
Davčna številka prosilca	

K prošnji prilagam fotokopijo programa strokovnega izpopolnjevanja iz katere je razvidna višina kotizacije in podatki o izvajalcu strokovnega izpopolnjevanja.

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