PRIJAVNICA

ecmo

Izpolnjeno prijavnico pošljite na: Ga. SIMONA ROJS,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana
Tel.: 01/522 4220; fax: 01/522 2456; simona.rojs@kclj.si

PODATKI O PRIJAVITELJU-ICI *obvezna okna

*Ime in priimek:

*Polni akademski naziv:

*Medicinske sestre/tehniki - številka registra in članska številka ZZBNS:

*Stalni naslov:

*Zaposlen-a na/v:

*Oddelek:

*Telefon (na oddelku):

*GSM:

*e-pošta:

KOTIZACIJA (DDV vključen)

Teoretični del:

☐ Zdravniki | 70 eur

☐ Specializanti, medicinske sestre/tehniki | 50 eur

Teoretični in praktični del:

☐ Udeležba | 100 eur

! Število mest za delavnice je omejeno, zato priporočamo hitro prijavo. Prijave bomo obravnavali po vrstnem redu prejema.

PODATKI O PLAČNIKU

*Polni naziv:

*Naslov:

*Davčna številka:

*Kontaktna oseba:

*Žig in podpis odgovorne osebe:

Datum prijave:

Podpis prijavitelja-ice: