



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



univerzitetni
klinični
center
ljubljana

PREVERJANJE ZNANJ IN USPOSOBLJENOSTI ZA IZVAJANJE ZUNAJBOLNIŠNIČNE SLUŽBE NUJNE MEDICINSKE POMOČI

PRIJAVNICA

(PROSIMO, DA PIŠETE ČITLJIVO!)

Spodaj podpisani:

Ime in priimek kandidata(ka): _____,

Datum rojstva: _____

se prijavljam za preverjanje znanj in usposobljenosti za izvajanje zunajbolnišnične službe nujne medicinske pomoči, v skupini (obkroži črko pred ustrezno skupino):

- a) ZDRAVNIKI
- b) DIPLOMIRANI ZDRAVSTVENIKI
- c) ZDRAVSTVENI REŠEVALCI

v terminu _____, ki bo v _____ Rok za prijavo: _____

Moji kontaktni podatki:

Ulica in hišna številka: _____

Poštna številka in kraj: _____

Telefon / GSM: _____

Zaposlitev: _____

Elektronska pošta: _____

Datum prijave:

Podpis kandidata:

Podrobnejše informacije o prijavi ter o samem postopku preverjanja lahko dobite na naši spletni strani <http://resevalna-ljubljana.si/node/92>. Prijavnico pošljite na naslov UKC Ljubljana, Reševalna postaja, Izobraževalni center, za "PREVERJANJE NMP", Zaloška c. 25, 1000 Ljubljana. Hvala!