



MURSKA SOBOTA

ZDRAVSTVENI DOM
MURSKA SOBOTA
Grajska ulica 24
9000 Murska Sobota

T +386 2 534 13 00
E zdravstveni.dom@zd-ms.si
www.zd-ms.si

PRIJAVNICA

»USPOSABLJANJE ZA PRVE POSREDOVALCE 2024«

Podpisani(a)

(priimek in ime)

Rojen(a)

(dan, mesec, leto)

Naslov

(ulica, hišna in poštna številka, kraj)

Tel. št: _____ E-naslov: _____

Prijavljam se na »TEČAJ IN IZPIT ZA PRVEGA POSREDOVALCA (PPO)«, ki ga organizira Zdravstveni Dom Murska Sobota.

Na tečaju in preverjanju znanja bi želel(a) sodelovati v naslednjem terminu:

- 29.11.2024 (od 15.00 ure do 20.00 ure) in 30.11.2024 (od 8.00 ure do 13.00 ure) (Prvo izobraževanje)
- 30.11.2024 (od 08.00 ure do 13.00 ure) (Obnovitveni tečaj)

Z izpolnitvijo prijavnice izjavljam, da se bom udeležil(a) usposabljanja in teoretičnega ter praktičnega preverjanja znanja za pridobitev certifikata »Prvi posredovalec«.

V _____, dne _____

(podpis kandidata)