

*Prijavnica za sudjelovanje u tečaju stalnog medicinskog usavršavanja*

Ime i prezime

\_\_\_\_\_

Kućna adresa

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Ustanova (naziv i adresa)

\_\_\_\_\_

Tel na poslu \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Specijalist/specijalizant (zaokružiti) iz područja

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Potpis