

POTRDILO

o opravljenem preizkusu strokovnih znanj za opravljanje poslov zavarovalnega posredovanja

Ime in priimek _____

Datum, kraj in država rojstva _____

je dne _____ opravil preizkus strokovnih znanj, potrebnih za opravljanje
poslov zavarovalnega posredovanja.

številka potrdila

datum izdaje potrdila

žig

direktor Slovenskega zavarovalnega združenja, g.i.z.

*TO POTRDILO JE EDEN OD POGOJEV ZA PRIDOBITEV DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE
POSLOV ZAVAROVALNEGA POSREDOVANJA, KI GA IZDA AGENCIJA ZA ZAVAROVALNI NADZOR*