

OBRAZEC POTRDILA

(izvajalec)

(naslov izvajalca)

POTRDILO

**O STROKOVNEM IZPITU S PODROČJA ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA RASTLIN**

Izdano na podlagi
Pravilnika o strokovnem izpitu s področja
zdravstvenega varstva rastlin
(Uradni list RS, št. 124/07)

Ime in priimek

Datum in kraj rojstva

Stalno prebivališče

M.P.

(kraj, datum izdaje potrdila)

(podpis izvajalca)

(vtisnjena serijska številka potrdila)