

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

P O T R D I L O
o preizkusu iz zdravstvenih vsebin

ime in priimek

rojen-a _____

je dne _____ pri _____

opravi-a

preizkus znanja iz naslednjih zdravstvenih vsebin:

z namenom opravljanja zdravilske dejavnosti.

Številka: _____

Datum: _____

M.P.

predsednik/ca komisije

minister za zdravje