PRILOGA 3

(znak)

Na podlagi_____

ZBORNICA FIZIOTERAPEVTOV SLOVENIJE

ugotavlja, da

*znanstveni naslov, **ime in priimek**, strokovni naslov, specialistični naslov*

rojen/a, dne

izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje
fizioterapevtske dejavnosti

zato se mu/ji podeli

LICENCA

za delo na področju

fizioterapevtske dejavnosti

za obdobje od ___ do ___ .

Številka:

Datum:

M.P.

predsednik/predsednica
Zbornice fizioterapevtov Slovenije