

Priloga 3

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova 48
1000 Ljubljana

PREDLOG ZA PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov bivališča: _____

Telefon: _____

Zaposlitev v/pri (naslov in naziv notranje organizacijske enote):

predlagam

PREIZKUS STROKOVNE USPOSOBLJENOSTI

K preizkusu strokovne usposobljenosti bi pristopil-a (predlog datuma): _____

Stroške preizkusa, ki jih določa cenik Lekarniške zbornice Slovenije, bo v roku najmanj osem dni pred datumom opravljanja preizkusa strokovne usposobljenosti poravnal:

(žig in podpis pravne osebe – plačnika ali podpis fizične osebe – plačnika)

Prosimo, da plačnik stroškov preizkusa strokovne usposobljenosti najpozneje osem dni pred datumom njegovega opravljanja posreduje Lekarniški zbornici Slovenije potrdilo o plačilu, lahko tudi po faksu na številko: 01/ 280 65 61. Če potrdila o plačilu ne bomo prejeli v navedenem roku, preizkusa strokovne usposobljenosti ne boste mogli opravljati. Stroški preizkusa strokovne usposobljenosti vključujejo enkratno opravljanje preizkusa strokovne usposobljenosti.

Datum: _____

Podpis: _____