

Priloga 11

Potrdilo o opravljenem preverjanju za koordinatorske dolgotrajne oskrbe



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o opravljenem preverjanju za koordinatorske dolgotrajne oskrbe

_____ ime in priimek

rojen(a) _____

je dne _____ pri _____

opravil(a)

preverjanje za koordinatorske dolgotrajne oskrbe

Številka: _____

Ime in priimek predsednika/ce komisije:

Datum: _____

Podpis:
