

Priloga 14

Potrdilo o opravljenem obnovitvenem strokovnem izobraževanju strokovnega delavca ZZS



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

**POTRDILO**

**o opravljenem obnovitvenem strokovnem izobraževanju strokovnega delavca Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

\_\_\_\_\_

ime in priimek

rojen(a) \_\_\_\_\_

opravljen(a)

obnovitveno strokovno izobraževanje za strokovnega delavca Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Številka: \_\_\_\_\_

Ime in priimek vodje usposabljanja:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_