

Priloga 15

Potrdilo o opravljenem preverjanju strokovnega delavca Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o opravljenem preverjanju strokovnega delavca Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

ime in priimek

rojen(a) _____

je dne _____ pri _____

opravil(a)

preverjanje za strokovnega delavca Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Številka: _____

Ime in priimek predsednika/ce komisije:

Datum: _____

Podpis:
