

Priloga 2

Podatki o izvajalcu

(naziv in kontaktni podatki)

Ministrstvo za zdravje

Štefanova ulica 5

1000 Ljubljana

gp.mz@gov.si

SPECIFIKACIJA ZAHTEVKA ZA POVRAČILO SREDSTEV ZA IZPLAČILO DODATKA ZA IZBIRO
DRUŽINSKE MEDICINE ZA SPECIALIZANTE, KI IMAJO ODOBRENO SPECIALIZACIJO V LETIH
2023 IN 2024

Ime in priimek specializanta	Mesec in leto opravljenega dela	Datum izplačila	Odsotnost specializanta*	Bruto bruto strošek dodatka
			SKUPAJ	

* Izpolniti, kadar je bil specializant pri delodajalcu zaposlen le del meseca, je bil odsoten več kot 20 zaporednih delovnih dni ali je bil odsoten ves mesec.