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.