

PRILOGA 4

IZKAZNICA (SVETOVALEC ZA FFS, PRODAJALEC FFS, POKLICNI UPORABNIK)

No 000000

Izvajalec usposabljanja _____

EAN 8 _____

Naslov izvajalca _____

Kraj, datum izdaje potrdila _____

Ime in priimek imetnika/-ce _____

Datum in kraj rojstva _____

Naslov _____

Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	____ (izvajalec usposabljanja)
Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	____ (naslov izvajalca)
Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	POTRDILO
Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	O PRIDOBITVI ZNANJ IZ FITOMEDICINE za (vrsta programa)
Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	M.P.
Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	Kraj in datum Podpis uradne osebe
Velja do ____	____ Podpis uradne osebe	(vtisnjena serijska številka potrdila)

[illegible]