Priloga

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 SPODBUDE ZA IZBIRO SPECIALIZACIJE IZ URGENTNE MEDICINE

Ime in priimek specializanta	Mesec in leto opravljenega dela	Datum izplačila	Odsotnost specializanta*	Bruto bruto strošek spodbude
			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.