

LEKARNIŠKA
ZBORNICA
SLOVENIJE

SLOVENE
CHAMBER
OF PHARMACY

Vojkova cesta 48
1000 LJUBLJANA, SLOVENIJA
tel: +386 1 280 65 50
fax: +386 1 280 65 61
mail: tajnistvo@lek-zbor.si
www.lzs.si

LEKARNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

organizira

učno delavnico

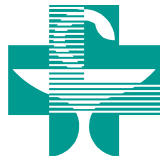
PROJEKTI FARMACEVTSKE SKRBI SLADKORNA BOLEZEN IN ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI (3. modul FS)

17. oktober 2018

M HOTEL, Derčeva ulica 4, Ljubljana

Program

8.00–8.30	<i>Registracija</i>	
8.30–10.30	Delavnice s praktičnimi primeri optimizacije in racionalizacije zdravljenja z zdravili in uporaba e-učilnice	Asist. dr. Boštjan Martinc, mag. farm., spec. Ivanka Brus, mag. farm., spec.
10.30–10.45	<i>Odmor</i>	
10.45–11.45	Edukacija bolnika s sladkorno boleznijo (opolnomočenje)	Jana Klavs, dipl. m. s., edukatorica
11.45–13.00	<i>Kosilo</i>	
13.00–14.00	Sladkorna bolezen	Prof. dr. Andrej Janež, dr. med., spec.
14.00–15.00	Zdravljenje sladkorne bolezni	Prof. dr. Andrej Janež, dr. med., spec.
15.00–15.15	<i>Odmor</i>	
15.15–16.15	Prepoznavanje in obvladovanje zapletov sladkorne bolezni	Prof. dr. Andrej Janež, dr. med., spec.



LEKARNIŠKA
ZBORNICA
SLOVENIJE

SLOVENE
CHAMBER
OF PHARMACY

Vojkova cesta 48
1000 LJUBLJANA, SLOVENIJA
tel: +386 1 280 65 50
fax: +386 1 280 65 61
mail: tajnistvo@lek-zbor.si
www.lzs.si

PRIJAVNICA

Učna delavnica
**PROJEKTI FARMACEVTSKE SKRBI
SLADKORNA BOLEZEN IN ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI (3. modul FS)**

17. oktober 2018

M HOTEL, Derčeva ulica 4, Ljubljana

Na učno delavnico prijavljamo naslednje udeležence:

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

PODATKI O PLAČNIKU

PLAČNIK: _____

Naslov: _____

Zavezanec za DDV: _____ da _____ ne

ID za DDV plačnika: _____

E-naslov plačnika: _____

Prijave sprejemamo do srede, 10. oktobra 2018, oziroma do zasedenosti mest.

Kotizacija znaša 253,61 € (DDV vključen v ceno).

Pisne odjave upoštevamo 3 delovne dni pred izvedbo. V primeru nepravočasne odjave zaračunamo 50 % celotne kotizacije, v primeru neudeležbe brez odjave pa kotizacije ne vračamo oz. jo zaračunamo v celoti.

Datum in kraj: _____

Žig in podpis odgovorne osebe plačnika: _____

Prosimo, da nas o udeležbi obvestite s priloženo prijavnico. Prijavnico nam lahko posredujete po pošti, faksu ali e-pošti. Na podlagi izpolnjene prijavnice bomo izstavili račun po opravljeni storitvi.

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova cesta 48, 1000 Ljubljana
faks: 01 28 06 561
e-pošta: irma.mikec@lek-zbor.si