



**Izobraževanje za pridobitev kompetence za storitev
FARMAKOTERAPIJSKI PREGLED**

**PRIJAVNICA ^①
V s t o p n o preverjanje znanj**

Ime in priimek: _____

Prosimo obkrožite ali podčrtajte:

a) **Specialist** b) **Specializant** (leto vpisa specializacije _____)

vrsta specializacije: a) **klinična farmacija** b) **lekarniška farmacija**

E-naslov: _____
(e-naslov za neposredno elektronsko komunikacijo s kandidatom)

Mesto zaposlitve: _____
(navedite ime in naslov lekarne)

PODATKI O PLAČNIKU

PLAČNIK: _____

Naslov: _____

Zavezanec za DDV: da ne

ID za DDV plačnika: _____

E-pošta plačnika: _____

**Kotizacija za vstopno preverjanje znanj znaša 61,00 € z vključenim DDV
(50,00 € brez DDV).**

Rok za prijavo: do 12. septembra 2019.

Kotizacija velja za zaposlene pri članicah LZS in individualne člane LZS.

Datum in kraj: _____

Žig in podpis odgovorne osebe plačnika: _____

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



**Izobraževanje za pridobitev kompetence za storitev
FARMAKOTERAPIJSKI PREGLED**

PRIJAVNICA ③

Učna delavnica in zaključno preverjanje kompetence za storitev FTP

Ime in priimek: _____

Prosimo obkrožite:

a) **Specialist** b) **Specializant** (leto vpisa specializacije _____)
vrsta specializacije: a) **klinična farmacija** b) **lekarniška farmacija**

E-naslov: _____
(e-naslov za neposredno elektronsko komunikacijo s kandidatom)

Mesto zaposlitve: _____
(navedite ime in naslov lekarne)

PODATKI O PLAČNIKU

PLAČNIK: _____

Naslov: _____

Zavezanec za DDV: da ne

ID za DDV plačnika: _____

E-mail plačnika: _____

Kotizacija za udeležbo na tridnevni učni delavnici in zaključno preverjanje kompetence za storitev farmakoterapijski pregled znaša 1165,10 € z vključenim DDV (955,00 € brez DDV).

Kotizacija vključuje eno ponovitev zaključnega preverjanja, če kandidat izpita v prvem poizkusu ne opravi.

Rok za prijavo: do 12. septembra 2019.

Kotizacija velja za zaposlene pri članicah LZS in individualne člane LZS.

Datum in kraj: _____

Žig in podpis odgovorne osebe plačnika: _____

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