



Datum prispetja vloge:	Datum obravnave:
Št. sklepa:	Vloga odobrena: DA/ NE



**Natančno in čitljivo izpolnjeno vlogo z dokazili pošljite do 20. v tekočem mesecu:**

*Danijela Pušnik, mag. zdr. nege, predsednica komisije*

*Komisija za dodeljevanje sredstev za strokovna izpopolnjevanja*

*Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, Ulica heroja Jevtiča 5, 2000 Maribor*

e-naslov: [info.dmsbzt.mb@gmail.com](mailto:info.dmsbzt.mb@gmail.com)

<b>VLOGA ZA DODELITEV SREDSTEV ZA STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE</b>	
<b>Ime in priimek prosilca</b>	
Prebivališče	
Poštna številka, kraj bivanja	
Poklic	
Telefon (doma), mobilni	
E-pošta	
Zavod (podatki o zaposlitvi)	
Služba/oddelek	
Delovno mesto	
Telefon (služba)	
Številka članske izkaznice	
Številka licence	
Naziv strokovnega izpopolnjevanja/aktivnosti	
Organizator strokovnega izpopolnjevanja	
Kraj srečanja	
Termin srečanja	
Višina kotizacije z DDV	
Vrsta udeležbe (aktivna/ pasivna)	
Polni naziv prejemnika kotizacije	
Številka TR prejemnika	
Sklic na številko	
Davčna številka prosilca	

**Priloga:** Fotokopija programa strokovnega srečanja, če organizator srečanja ni DMSBZT MB.

**Opozorilo:** Zadnje 4 postavke **OBVEZNO** izpolnite v primeru, če organizator srečanja ni DMSBZT MB! **Izjava:** Podpisani (a) izjavljam, da sem seznanjen (a) z vsebino **PRAVILNIKA O UPORABI SREDSTEV IZ SKLADA ZA STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE** in se obvezujem, da bom upošteval (a) vse člene, ki so navedeni v tem pravilniku.

Datum		Podpis prosilca	
-------	--	-----------------	--