**PRENOS VLOGE ZA ODOBRITEV SPECIALIZACIJE**

**Ime in priimek vlagatelja zahtevka:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prvotno vložena vloga:**

- specializacija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- (obkrožiti):

 nacionalni razpis

 za izvajalca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vlogo prenašam na:**

- specializacija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- (obkrožiti):

 nacionalni razpis

 za izvajalca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Prilagam tudi novo izjavo** za razpis za posameznega izvajalca oz. izjavo na razpis za območje celotne države!

Podpis vlagatelja: Datum: Ura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izpolnjen obrazec pošljite priporočeno po pošti oziroma ga osebno vložite na naslovu: Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana.