|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | |  | |
| PRIJAVA PLANA TRAJNOG USAVRŠAVANJA ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE HKZR | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| NAZIV USTANOVE: | | | |  | | | | | | | |
| ADRESA: | | | |  | | | | | | | |
| NAZIV STRUKOVNOG RAZREDA: | | | |  | | | | | | | |
| TELEFON: |  | | | | FAX: |  | | E-MAIL: |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| DATUM | | NAZIV TEME (VRSTA) | | | OPIS I CILJ | | PREDAVAČ (VODITELJ) | | | | MJESTO ODRŽAVANJA |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |

ODGOVORNA OSOBA RAVNATELJ ZDRAVSTVENE USTANOVE

Ime i prezime i potpis M.P. Ime i prezime i potpis