|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 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