



Obrazac za prijavu kandidata za osnovnu obuku o certifikaciji i akreditaciji zdravstvenih ustanova

PODACI O KANDIDATU:

Ime i prezime: _____

tel: _____ e-mail: _____

adresa: _____

Ukoliko je za učesnika uplatu izvršila firma radi potpisivanja ugovora i izdavanja fakture, molimo popunite slijedeće:

PODACI O FIRMI:

Naziv: _____

Adresa: _____ Direktor: _____

ID broj: _____

PDV broj: _____

tel/fax: _____ e-mail: _____

Termin Obuke za koji se kandidat prijavljuje (datum održavanja): _____

Za učesnika uplatio/la (označite odgovarajuće):

KANDIDAT

FIRMA

Popunjen obrazac sa dokazom o uplaćenju kotizaciji¹ (240,00KM) **poslati najkasnije dan prije početka** obuke na e-mail: ahalilagic@akaz.ba ili na fax: 033 771-880. Kontakt i informacije možete dobiti na telefon: 033 771-874.

¹ kotizacija pokriva teorijska predavanja, praktične vježbe, materijale za obuku te osvježenje i ručak tokom obuke.