**PRIJAVA PLANA TRAJNOG USAVRŠAVANJA ZA MEDICINSKE SESTRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZIV USTANOVE:** |  |
| ADRESA: |  |
| TELEFON: |  | FAX: |  | E-MAIL: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATUM** | **NAZIV TEME** | **OPIS**  | **PREDAVAČ(VODITELJ)** | **MJESTOODRŽAVANJA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GLAVNA SESTRA ZDRAVSTVENE USTANOVE** | **RAVNATELJ ZDRAVSTVENE USTANOVE** |
| Ime i prezime i potpis | Ime i prezime i potpis |