

## PRIJAVA PLANA TRAJNOG STRUČNOG USAVRŠAVANJA ZA MEDICINSKE SESTRE

<b>NAZIV USTANOVE:</b>					
<b>ADRESA:</b>					
<b>TELEFON:</b>		<b>FAX:</b>		<b>E-MAIL:</b>	

DATUM	NAZIV TEME	SAŽETAK (250 do 300 znakova)	PREDAVAČ	MJESTO ODRŽAVANJA


**ODGOVORNA OSOBA ZA IZRADU PLANA TRAJNOG  
STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

Ime i prezime i potpis

**RAVNATELJ USTANOVE**

Ime i prezime i potpis

**ODGOVORNA OSOBA ZA SESTRINSTVO U USTANOVI**

Ime i prezime i potpis