**PRIJAVA PLANA TRAJNOG STRUČNOG USAVRŠAVANJA ZA MEDICINSKE SESTRE**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATUM** | **NAZIV TEME** | **SAŽETAK** **(250 do 300 znakova)** | **PREDAVAČ(VODITELJ)** | **MJESTOODRŽAVANJA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ODGOVORNA OSOBA ZA IZRADU PLANA TRAJNOG RAVNATELJ USTANOVE**

**STRUČNOG USAVRŠAVANJA Ime i prezime i potpis**

**Ime i prezime i potpis**

**ODGOVORNA OSOBA ZA SESTRINSTVO U USTANOVI**

**Ime i prezime i potpis**