



LEKARNIŠKA
ZBORNICA
SLOVENIJE

SLOVENE
CHAMBER
OF PHARMACY

Vojkova cesta 48
1000 LJUBLJANA, SLOVENIJA
tel: +386 1 280 65 50
fax: +386 1 280 65 61
mail: tajnistvo@lek-zbor.si
www.lzs.si

**Izobraževanje za pridobitev kompetence za storitev
FARMAKOTERAPIJSKI PREGLED**

PRIJAVNICA ①

V s t o p n o preverjanje znanj

Ime in priimek: _____

Prosimo obkrožite ali podčrtajte:

a) **Specialist** b) **Specializant** (leto vpisa specializacije _____)

vrsta specializacije: a) **klinična farmacija** b) **lekarniška farmacija**

E-naslov: _____
(e-naslov za neposredno elektronsko komunikacijo s kandidatom)

Mesto zaposlitve: _____
(navedite ime in naslov lekarne)

PODATKI O PLAČNIKU

PLAČNIK: _____

Naslov: _____

Zavezanec za DDV: da ne

ID za DDV plačnika: _____

E-pošta plačnika: _____

Kotizacija za vstopno preverjanje znanj znaša 61,00 € z vključenim DDV (50,00 € brez DDV).

Kotizacija velja za zaposlene pri članicah LZS in individualne člane LZS.

Rok za prijavo: do 6. aprila 2021.

Datum in kraj: _____

Žig in podpis odgovorne osebe plačnika: _____

Prijavnico nam lahko posredujete po pošti, faksu ali e-pošti. Na podlagi izpolnjene prijavnice bomo izstavili račun po opravljeni storitvi.

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova cesta 48, 1000 Ljubljana
Faks: 01 28 06 561, e-pošta: irma.mikec@lek-zbor.si



**Izobraževanje za pridobitev kompetence za storitev
FARMAKOTERAPIJSKI PREGLED**

PRIJAVNICA ②

Z a k l j u č n o preverjanje kompetence za storitev FTP

Ime in priimek: _____

Prosimo obkrožite ali podčrtajte:

a) **Specialist** b) **Specializant** (leto vpisa specializacije _____)

vrsta specializacije: a) **klinična farmacija** b) **lekarniška farmacija**

E-naslov: : _____
(e-naslov za neposredno elektronsko komunikacijo s kandidatom)

Mesto zaposlitve: _____
(navedite ime in naslov lekarne)

PODATKI O PLAČNIKU

PLAČNIK: _____

Naslov: _____

Zavezanec za DDV: da ne

ID za DDV plačnika: _____

E-naslov plačnika: _____

Kotizacija za zaključno preverjanje kompetence FTP znaša 439,20 € z vključenim DDV (360,00 € brez DDV). Kotizacija vključuje eno ponovitev zaključnega preverjanja, če kandidat izpita v prvem poizkusu ne opravi.

Kotizacija velja za zaposlene pri članicah LZS in individualne člane LZS.

Rok za prijavo: do 6. aprila 2021.

Datum in kraj: _____

Žig in podpis odgovorne osebe plačnika: _____

Prijavnico nam lahko posredujete po pošti, faksu ali e-pošti. Na podlagi izpolnjene prijavnice bomo izstavili račun po opravljeni storitvi.

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova cesta 48, 1000 Ljubljana
Faks: 01 28 06 561, e-pošta: irma.mikec@lek-zbor.si