



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

**PREDLOG ORGANIZATORJA STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA ZA OCENO STROKOVNEGA
IZPOPOLNJEVANJA Z DODELITVIJO LICENČNIH TOČK**

Organizator:

Naziv: _____

Naslov: _____

Zastopnik: _____ e-naslov: _____

Organizator je / ni davčni zavezanec (obkrožite); davčna številka: _____

Strokovno izpopolnjevanje:

Naslov strokovnega izpopolnjevanja: _____

Datum: _____ Kraj: _____ Trajanje: _____

Jezik, v katerem bo potekalo strokovno izpopolnjevanje: _____

Odgovorni nosilec strokovnega izpopolnjevanja: _____
(ime, priimek, e-naslov)

telefon: _____

Morebitni drugi člani znanstvenega ali organizacijskega odbora (ime, priimek, e-naslov):

Kontaktna oseba za izvedbo strokovnega izpopolnjevanja: _____
(ime, priimek, e-naslov)

telefon: _____

Ciljna populacija: _____ Predvideno število udeležencev: _____

Način preverjanja udeležbe: _____

Način, s katerim bo organizator zagotovil, da bodo vsebine strokovnega izpopolnjevanja celostno in objektivno predstavljene: _____

Predvidena kotizacija (EUR): _____ Cena je brez vključenega/z vključenim DDV. (označi)

Druge oblike financiranja strokovnega izpopolnjevanja: _____

Če se ugotovi, da je strokovno izpopolnjevanje plačljivo, čeprav je organizator navedel, da kotizacije oziroma druge oblike financiranja strokovnega izpopolnjevanja ni, organizator s podpisom soglašaja s prevzemom obveznosti plačila pavšala na udeleženca za kritje stroškov dodelitve licenčnih točk v skladu s cenikom.

Obvestilo o oceni se pošlje tudi z navadno pošto pošiljko. (ustrezno označite)

Organizator izjavljam, da strokovno izpopolnjevanje izpolnjuje pogoje iz 15. člena Pravilnika o licencah magistrov farmacije, in prilagam naslednja dokazila:

Organizator s podpisom jamčim, da sem v vlogi navedel pravilne podatke.

Datum: _____

Podpis in žig organizatorja:

Organizator **obvezno priloži:**

- Program z opisom storitev, ki jih nudi udeležencem, in opisom metod, ki spodbujajo aktivno učenje, opredelitev ciljev izpopolnjevanja in opis morebitnega preverjanja znanja;
- Anketo za pridobitev povratnih informacij udeležencev o zadovoljstvu z vsebino, organizacijo in izvedbo oziroma izjavo, da bo anketiranje udeležencev zagotovljeno;
- Izjavo o potencialnem ali dejanskem konfliktu interesov, ki se nanaša na finančno ali drugo razmerje, ter o razrešitvi konflikta interesov organizatorja, odgovorne osebe, organizacijskega odbora in avtorjev prispevkov (prvi in drugi odstavek 16. člena Pravilnika o licencah magistrov farmacije);
- Dokazilo o plačilu stroška za oceno strokovnega izpopolnjevanja.

IZJAVA O POTENCIALNEM ALI DEJANSKEM KONFLIKTU INTERESOV

Polni naziv in naslov organizatorja: _____

Izjavljam, da ne obstaja potencialni ali dejanski konflikt interesov iz 16. člena Pravilnika o licencah magistrov farmacije, ki se nanaša na finančno ali drugo razmerje, ter da je razrešen kakršenkoli dejanski konflikt interesov tako samega organizatorja, odgovorne osebe, organizacijskega odbora, kot tudi avtorjev prispevkov pri izvedbi strokovnega izpopolnjevanja

(naslov strokovnega izpopolnjevanja, datum, kraj in trajanje)

- Udeleženci morajo za udeležbo na strokovnem izpopolnjevanju plačati kotizacijo. Višina kotizacije za magistre farmacije v lekarniški dejavnosti znaša _____ € (brez vključenega/z vključenim DDV (označi)).

Kraj, datum: _____

Podpis: _____