

»COPM v procesu delovne terapije«

PRIJAVNICA

IME IN PRIIMEK

DELOVNA ORGANIZACIJA

.....

DAVČNA ŠTEVILKA (plačnika).....

TELEFONSKA ŠTEVILKA

ELEKTRONSKA POŠTA

PODPIS UDELEŽENCA

PODPIS IN ŽIG ODGOVORNE OSEBE

.....

.....

V primeru, da boste samoplačnik, prosim vnesite svoj domači naslov in vašo davčno številko.

Kotizacija (obkrožite):

ČLAN = 100€

NEČLAN = 140€

Upoštevali bomo samo pisno prijavo. Scan prijavnice pošljite na naslov: tajnistvo@zdts.si

Rok prijave: 15.11.2021