

LEKARNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
Vojkova cesta 48, Ljubljana

PRIJAVNICA

Osnovni program homeopatije za magistre farmacije (četrtič)

Na učno delavnico prijavljamo naslednje udeležence:

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

Ime in priimek: _____

PODATKI O PLAČNIKU

PLAČNIK: _____

Naslov: _____

Zavezanec za DDV: da ne

ID za DDV plačnika: _____

E-mail plačnika: _____

Datum in kraj: _____

Žig in podpis odgovorne osebe plačnika: _____

Prosimo, da nas o udeležbi obvestite po priloženi prijavnici. Prijavnico nam lahko posredujete po pošti, faxu ali e-pošti.

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova cesta 48, 1000 Ljubljana
Fax: 01 28 06 561
E-mail: irma.mikec@lek-zbor.si

URNIK OSNOVNEGA PROGRAMA IZOBRAŽEVANJA IZ