**Obrazac prijave kandidata za**

**edukaciju specijalizanatt porodične/obiteljske medicine**

**PODACI O KANDIDATU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  tel: |  | e-mail: |  |
|  adresa: |  |  |

**Ukoliko je za učesnika uplatu izvršila firma radi potpisivanja ugovora i izdavanja fakture, molimo popunite slijedeće:**

**PODACI O FIRMI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresa: |  | Direktor: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ID broj: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PDV broj: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| tel/fax: |  | e-mail: |  |

Za učesnika uplatio/la (označite odgovarajuće): **KANDIDAT**  **FIRMA**

Cijena obuke iznosi **800,00 KM po učesniku za** **pet dana edukacije**, a uplate možete izvršiti na račun UniCredit banka: AKAZ Edukacija TRN: **3386902296798319** ili AKAZ Glavni račun TRN: **3383202266132924**

*Popunjen obrazac sa dokazom uplate dostaviti na e-mail:* *ahalilagic@akaz.ba* *Ili na broj faxa: 033/771-880*

*Više informacija možete da dobijete na telefon: 033/771–874; Kontakt osoba je Viši stručni saradnik za poslove edukacije i obuke Aida Halilagić, prof.*