

PRIJAVNICA za ATLS Refresher Course

Datum tečaja: _____

Ime in priimek: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Kdaj ste opravili ATLS Provider Course? _____

Vaše specialnost: _____

Telefon: _____ Obkroži: specializant(ka) specialist(ka)

Zaposlitev: _____

E-mail (obvezno!): _____

Podatke bo Zdravniško društvo ATLS Slovenija uporabljalo izključno za pripravo tečaja, pripravo potrdil o udeležbi in certifikatov ter statistično analizo o udeležencih. Podatkov ne bomo posredovali tretji stranki.

V kotizacijo je všteta udeležba na tečaju, uradni originalni učbenik, prigrizki ter kosilo med tečajem in uradni ATLS certifikat. Prosim, da plačilo kotizacije **390,00 EUR + 22 % DDV** nakažete na transakcijski račun Zdravniškega društva ATLS Slovenija, Gosposvetska cesta 35, SI-2000 Maribor, ID za DDV: SI80397719, TRR: SI56-04173-0001592449, odprt pri Novi KBM d.d. Za pravne osebe bomo izstavili predračun/ponudbo. Prosimo za pisno naročilo na naš naslov ali na prijave@atls.si. **Udeležbo na tečaju in prejem certifikata zagotavlja plačilo kotizacije pred pričetkom tečaja.**

Navedite podatke za izstavitve originalnega računa

Naziv organizacije: _____

Naslov: _____

ID za DDV: _____

*Prosimo, da vrnete izpolnjeno prijavnico na naslov:
ATLS Slovenija, Gosposvetska cesta 35, SI-2000 Maribor
(ali podpisano in skenirano na prijave@atls.si)*

IZJAVA. Z lastnoročnim podpisom zagotavljam, da bom pred tečajem prebral/a priročnik in bom pred tečajem izpolnil/a elektronski predtest. Predtest MORATE obvezno odgovoriti PRED prihodom na tečaj!

Podpis: _____

Datum: _____