



**Obrazac za prijavu kandidata za  
osnovnu obuku o sertifikaciji i akreditaciji zdravstvenih ustanova**

**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: \_\_\_\_\_

Termin Obuke za koji se kandidat prijavljuje (datum održavanja): \_\_\_\_\_

Za učesnika uplatio/la (označite odgovarajuće):

**KANDIDAT**

**FIRMA**