

Slovensko zdravniško društvo
Dalmatinova 10
1000 Ljubljana

VLOGA ZA ODOBRITEV IZOBRAŽEVANJA NA STROKOVNI PRIREDITVI (B)

UDELEŽENEC	
Priimek in ime udeleženca:	
Stalno bivališče – naslov:	
Zaposlen v (ustanova):	
Naslov:	
Telefon: Fax:	
Delovno mesto:	
Davčna številka**:	
Strokovna prireditev:	
Kraj in datum:	
USTANOVA *	
Priimek in ime odgovorne osebe:	
Delovno mesto:	

Datum: _____ **Podpis udeleženca:** _____

Podpis odgovorne osebe: _____

*)
Obveščamo vas, da za obravnavo vaše vloge in njeno pozitivno rešitev v skladu z 8. členom Pravilnika o financiranju stalnega izobraževanja in izpopolnjevanja članov SZD, sprejetega na seji glavnega odbora SZD dne 16.10.2008 potrebujete soglasje odgovorne osebe v ustanovi, kjer ste zaposleni, v primeru, da se izobraževanja udeležite v času letnega dopusta pa priporočilo ustreznega strokovnega društva oz. sekcije SZD.

**)
Obveščamo vas, da bo stroške za udeležbe plačalo Slovensko zdravniško društvo, kar za vas predstavlja obdavčljiv dohodek. Slovensko zdravniško društvo bo obračunalo in plačalo akontacijo dohodnine, za to pa potrebujemo vašo davčno številko in naslov. Pridobljena osebne podatke bo Slovensko zdravniško društvo skrbno varovalo in uporabilo izključno v zgoraj navedenem primeru. Varstvo osebnih podatkov je zagotovljeno po Zakonu o varstvu osebnih podatkov (Ur. List RS. Št. 59/99, 55/01). V letu 2010 bodo omenjeni dohodki vključeni v vaši napovedi za dohodnino.