

## **PRIJAVNICA**

### **PREPOZNAVA PREHRANSKE OGROŽENOSTI in PROCES PREHRANSKE OBRAVNAVE**

**Ime in priimek:**

**E-mail naslov:**

**Zdravstvena ustanova:**

**Specializacija:**

Kotizacije ni. Število prijav je omejeno na prvih 50 prijavljenih.

Prijavnico pošljite do 14.4.2023, na naslov: [vesna.pekarovic@siol.net](mailto:vesna.pekarovic@siol.net)