⌦P R I J A V N I C A ⌫

Prijavljam se za udeležbo na **55.** **KIRURŠKIH DNEVIH**, Terme Dobrna, 14. in 15. november 2025:

|  |  |
| --- | --- |
| IME IN PRIIMEK, titule: |  |
| DOMAČI NASLOV: |  |
| Telefon/GSM: |  |
| E-naslov (čitljivo – obvezen podatek): |  |
| Referent (govorec)  |  DA NE |
| Specialist/ka (področje)  |  |
| Specializant/ka (področje) |  |
| Drugo: |  |

**KOTIZACIJA:**

**Klasična konferenca:**

* udeleženci 120 € + DDV
* referenti 70 € + DDV
* specializanti (lahko tudi referenti) in upokojeni zdravniki 50 € + DDV

Za študente MF na dodiplomskem študiju kotizacije ni.

*Račun za kotizacijo bo izstavljen s strani računovodstva SZD. Enodnevne kotizacije ni.*

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Izpolnite, če je plačnik pravna oseba (fakulteta, zavod, bolnišnica, …)***

|  |  |
| --- | --- |
| NAZIV PLAČNIKA: |  |
| TOČEN NASLOV PLAČNIKA: |  |
| Kontaktna oseba: |  |
| Kontaktni telefon: |  |
| Davčna številka: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATUM: |  |
| PODPIS: |  |

*Izpolnjeno prijavnico vrniti najkasneje do* ***10. 11. 2025*** *na elektronski naslov:* *sbcrdi@guest.arnes.si*

*Prosimo za čitljivo izpisan elektronski naslov, saj boste po plačilu kotizacije nanj prejeli potrdilo o udeležbi. Plačilo kotizacije je možno izključno po predhodno izstavljenem računu s strani računovodstva SZD, na dogodku plačilo kotizacije ni možno.*