

**Pooblastilo za včlanitev v EFLM register za leto 2019**

Naziv	
Ime in priimek	
Datum rojstva	
Spol	
Državljanstvo	
Datum specialističnega izpita	
<b>Podatki o zaposlitvi</b>	
Ustanova	
Oddelek	
Ulica in številka	
Poštna številka	
Mesto	
Država	
Telefon	
Elektronski naslov	
<b>Izpolnijo že registrirani:</b>	
Številka registracije:	Datum veljavnosti:

S podpisom pooblašчам SZKKLM, da za leto 2019 opravi mojo včlanitev v EFLM Register (Evropski register Evropskih specialistov laboratorijske medicine)

**Datum:**

**Podpis:**