**MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

**Štefanova ulica 5**

**1000 Ljubljana**

Štev.:

Datum:

**PRIJAVA NA STROKOVNI IZPIT**

**ZA MAGISTRE FARMACIJE**

Ime in priimek .............................................................................................................................,

rojen-a ........................................ v / na .......................................................................................

stanujoč-a ....................................................................................... (tel.) .....................................

Praktično usposabljanje opravljal-a od ............................................ do ......................................

v/na/pri: Fakulteti za farmacijo, Univerze v Ljubljani in:

.......................................................................................................................................................

(učni zavod)

Mentor v učnem zavodu: ..............................................................................................................

Za strokovni izpit se prijavljam - prvič - drugič - tretjič

V Ljubljani, dne ..................................

Podpis kandidata:

......................................................