|  |  |
| --- | --- |
| **OBRAZAC PRIJAVE ZA FACILITATORA ZDRAVSTVENIH USTANOVA** |  |
| **Lični podaci:** | **Poslovni podaci:** |
| **IME I PREZIME:** | Klikni i upiši ime i prezime | **KONTAKT TELEFON:** | Klikni i upiši broj | **IME USTANOVE U KOJOJ JE ZAPOSLEN/A:** | Upiši relevantne podatke. |
| **DATUM ROĐENJA:** | dd/mm/yy. | **BROJ MOBILNOG TELEFONA:** | Klikni i upiši broj | **PROFESIJA:** | Odaberi ili dopiši |
| **ADRESA:** | Upiši adresu | **E-MAIL ADRESA:** | Upiši adresu | **SPECIJALIZACIJA:** | Upiši relevantne podatke |
| **GRAD:** | Odaberi ili dopiši | **ADRESA USTANOVE:** | Upiši adresu | **ORGANIZACIONA JEDINICA:** | Upiši relevantne podatke |
| **KANTON:** | Odaberi | **IME DIREKTORA:** | Klikni i upiši ime i prezime. | **RADNO ISKUSTVO:** | godine radnog iskustva |
| **Popunjava AKAZ** | **KOORDINATOR** | Da [ ]  Ne [ ]  |
| **BROJ OBAVLJENJIH FACILITACIJA:** klikni i upiši | **OSTALI PODACI ARHIVIRANI:** klikni i odaberi | **DATUM OBUKE**: | Klikni i odaberi datum |