|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |