

**OBRAZAC REGISTRACIJE ZA TEČAJ
„TRIJAŽA U OBJEDINJENOM HITNOM BOLNIČKOM
PRIJEMU“**

**Opća bolnica dr. Tomislav Bardek, Koprivnica
24. rujna 2011. godine**

Liječnik

Med.ses.-med.teh.

Ime i prezime sudionika: _____

Ustanova: _____

Adresa: _____

Grad/država: _____

E-mail: _____

**Popunjeni obrazac zajedno s kopijom uplatnice slati poštom na adresu:
Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Ksaver 211, 10 000 Zagreb ili na faks
01/4677 180.**

**Kod prijave obavezno priložiti kopiju uplatnice uplaćene
kotizacije!**

Za dodatne informacije možete se obratiti na telefon 01 4677 362 ili e-
mail administrator@hzhm.hr.