**KANDIDATURA ZA PREDSTAVNIKA PACIENTOV V SVETU ZAVODA**

**LEKARNE MARIBOR**

**KANDIDAT/KANDIDATKA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek: |  |
| Stalno prebivališče:  |  |
| Datum in leto rojstva:  |  |
| Telefonska številka: |  |
| Elektronski naslov: |  |
| Izobrazba:  |  |
| Zaposlitev: |  |

**Življenjepis kandidata / izkušnje z delovanjem javnih zavodov s področja zdravstvene dejavnosti, izkušnje s področja lekarniške dejavnosti ter s sodelovanjem v svetu katerega od javnih zavodov (navedite oziroma priložite opis):**

|  |
| --- |
|  |

Podpis kandidata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_