UNIVERZITETNA **PSIHIATRIČNA** KLINIKA LJUBLJANA
*University **Psychiatric** Clinic Ljubljana*

PRIJAVNICA NA IZOBRAŽEVALNI DOGODEK

Naslov izobraževalnega dogodka: CELOSTNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PACIENTOV S SAMOMORILNO OGROŽENOSTJO

Datum: 22. 10. 2026

Kraj dogodka: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Chengdujska c. 45, 1260 Ljubljana Polje

Ime in priimek udeleženca:	
Izobrazba:	
Elektronski naslov:	

Podatki o plačniku:

Naziv plačnika:	
Naslov zavoda oz. plačnika:	
Davčna številka plačnika:	
Kontaktni podatki odgovorne osebe (telefon, e-pošta):	

Sporočilo prijavitelja organizatorju dogodka:

Kotizacija za udeležence izobraževanja: 90,00 EUR Z DDV

Označite način plačila kotizacije:

- ☐ **Transakcijski račun:** SI56 0110 0603 0277 991 Banka Slovenije, **SWIFT:** BSLJSIXX
- ☐ Izstavitev računa na naslov udeleženca
- ☐ Izstavitev računa na naslov organizacije (pravne osebe)

Datum prijave: _____ Podpis prijavitelja: _____

Prijavnico pošljite po e-pošti na naslov: izobrazevanje@psih-klinika.si