

POTRDILO O DOBREM IMENU

CERTIFICATE OF GOOD STANDING

1. OSEBNI PODATKI:

/PERSONAL DATA/

IME

/NAME/

PRIIMEK

/SURNAME/

DATUM ROJSTVA

/DATE OF BIRTH/

KRAJ ROJSTVA

/PLACE OF BIRTH/

ELEKTRONSKA POŠTA

/EMAIL/

NASLOV ZA VROČANJE

/ADDRESS FOR SERVICE/

2. VLOGA:

/APPLICATION/

PRIDOBLENA POKLICNA KVALIFIKACIJA

/ACQUIRED PROFESSIONAL QUALIFICATION/

Izpolnjeni vlogi in prilogam je potrebno predložiti tudi **potrdilo o plačilu upravne takse** v višini 4,50 EUR na račun Ministrstva za zdravje RS, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, podračun JFP, št. računa 01100 - 1000315637 in sklic 11 27111 - 7111002-21 (za plačilo iz tujine SWIFT: BSLJSI2X, IBAN: SI56 01100-1000315637, delivery account 11 27111 - 7111002-21).

/ The completed application and any supporting document must be accompanied by evidence of payment of an administrative fee of 4,50 EUR, information on bank account: Ministry of health, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana, SWIFT: BSLJSI2X, IBAN: SI56 01100-1000315637, delivery account 11 27111 - 7111002-21/

Vlogo in pripadajoča dokazila pošljete po pošti na naslov: Ministrstvo za zdravje, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana ali na elektronski naslov gp.mz@gov.si.

/Applications must be submitted by email to the Ministry's address: gp.mz@gov.si or by registered mail to the Ministry of Health, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana./

Datum /date/: _____

Podpis osebe /signature/: _____