



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
Povjerenstvo za stalno medicinsko usavršavanje

Poslijediplomski tečaj I. kategorije
**„Temeljni tečaj o uveitisu
(Basic uveitis course)”**

PRISTUPNICA

*za sudjelovanje na tečaju stalnog medicinskog usavršavanja
„Temeljni tečaj o uveitisu (Basic uveitis course)”*

Ime i prezime _____

OIB: _____ e-mail _____

Specijalist/specijalizant (zaokružiti) iz područja _____

NAPOMENA: UZ POPUNJENU PRISTUPNICU DOSTAVITI I DOKAZ O UPLATI KOTIZACIJE ILI SKENIRANE POTVRDE
POSLATI NA E-MAIL /FAX: uveitis.tecaj@gmail.com ; fax: +385 1 2388 337

te poštom na adresu: **KBC ZAGREB, Klinika za očne bolesti, 10000 Zagreb, Kišpatićeva 12**

Kotizaciju u iznosu: **specijalisti 600 kn, specijalizanti i umirovljenici 400 kuna**, uplatiti na žiro račun Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu **HR8423400091110024619** s pozivom na broj **15226** i naznakom za tečaj **“Temeljni tečaj o uveitisu (Basic uveitis course)”**

-

zadnji rok: 14.06.2018.

dana _____

_____ potpis