
ПРИЈАВНИ ЛИСТ

Програм за стицање основних и специфичних компетенција у геријатријској здравственој
њези

Име (име једног родитеља) и презиме: _____

Датум рођења: _____ Мјесто рођења: _____, општина: _____

Држављанство: _____

Адреса пребивалишта: _____

Контакт: тел _____ е mail _____

Претходно стечено образовање: _____

Запослење: _____

Св. Потпис