
Podatki o predlagatelju (naslov)

--

Številka telefona

--

Elektronski naslov

Datum: _____

OBČINA AJDOVŠČINA

Cesta 5. maja 6/a

5270 AJDOVŠČINA

**ZADEVA: PREDLOG ZA IMENOVANJE – predstavnika pacientov v svet zavoda Lekarna
Ajdoščina**

Za imenovanje v svet zavoda Lekarne Ajdoščina, kot predstavnika pacientov, predlagamo kandidata/e:

Ime in priimek:	
Naslov:	
Izobrazba:	
Delovne izkušnje:	
Druge reference:	

(podpis predlagatelja)

PRILOGA:

- soglasje kandidata/ov