

# Prijavnica za izobraževanje po programu usposabljanja za pridobitev znanja za ...

(označite in izpolnite prazna polja)

|                              |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|
| ...<br>OPRAVLJANJE<br>POSLOV | <input type="checkbox"/>   | ZAVAROVALNEGA ZASTOPANJA (100 pedagoških ur)  |   |
|                              | <input type="checkbox"/>   | ZAVAROVALNEGA POSREDOVANJA (125 pedagoških ur)  |   |
|                              | <input type="checkbox"/>   | ZAVAROVALNEGA POSREDOVANJA – delni preizkus (25 pedagoških ur)  |   |
| RAZPISANI<br>ROK             | Izobraževanje: MAREC 2019 (od 1. 3. 2019 do 30. 3. 2019)           |   |   |
|                              | Rok za prijavo: <b>ponedeljek, 11. 2. 2019</b>                     |   |   |
| OSEBNI PODATKI               | Ime in priimek:  | Datum rojstva:  |   |
|                              | Spol:  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž   | Kraj rojstva:   |
|                              | Dekliški priimek:  | Država rojstva:   |   |
|                              | Naslov stalnega prebivališča:                                      |   |   |
|                              | Poštna številka in naziv pošte:                                    |   |   |
|                              | Naslov za obveščanje<br>(če je različen od stalnega prebivališča): |   |   |
|                              | Telefon:   |   |   |
|                              | E-naslov:  |   |   |
| IZOBRAZBA                    | Zaključena izobrazba:  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |
|                              |  | srednja    višja    visoka    univerzitetna    magisterij    doktorat   |   |
| ZAPOSLITEV                   | Družba:  |   |   |
|                              | Naslov družbe:   |   |   |
|                              | Delovno mesto:   |   |   |
| PLAČILO                      | Plačnik preizkusa znanja:  | <input type="checkbox"/> delodajalec <input type="checkbox"/> samoplačnik   |   |
|                              | Če je plačnik delodajalec:   | ID št. za DDV:  |   |
|                              |  | Davčni zavezanec:   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
|                              |  | E-račun:  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |

## IZJAVE:

Izjavljam, da so vsi vpisani podatki resnični in točni. Osebnne podatke SZZ obdeluje skladno s politiko zasebnosti, ki je objavljena na povezavi <https://www.zav-zdruzenje.si/pravila-o-zasebnosti/>.

Z navedbo e-naslava dovoljujem uporabo le-tega za namene obveščanja in posredovanja vseh informacij povezanih z izobraževanjem za zavarovalnega zastopnika oziroma posrednika, na katerega se prijavljam.

Soglašam, da mi SZZ pošilja obvestila, ponudbe in informacije o novostih na področju zavarovalništva ter informacije o strokovnih dogodkih, izobraževanjih in izdaji strokovnih publikacij.

Lastnoročni podpis:

Prijavnico pošljite na naslov: Slovensko zavarovalno združenje, GIZ, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana ali  
na e-naslov: [izobrazevanje@zav-zdruzenje.si](mailto:izobrazevanje@zav-zdruzenje.si)