****

 **PRIJAVNICA**

podpisani(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rojen(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ime in priimek) (dan, mesec, leto)*

EMŠO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj rojstva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ulica, hišna in poštna številka, kraj)*

tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soglašam, da me RkS Oz Izola obvešča o tečajih prve pomoči in se prijavljam na:

**TEČAJ IN IZPIT** Prve pomoči za voznike motornih vozil, ki bo dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ob \_\_\_\_\_\_\_\_ v prostorih RKS-OZ IZOLA, Ob starem zidovju 15a, 6310 Izola

V Izoli, dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podpis kandidata*