**OBRAZAC 2:**

**Izjava prijavitelja o usklađenosti s godišnjim planom specijalističkog usavršavanja**

Ja < *umetnuti ime i prezime, OIB*>, dolje potpisani, kao osoba ovlaštena za zastupanje Prijavitelja, osobno i u ime Prijavitelja potvrđujem da su specijalistička usavršavanja doktora medicine obuhvaćena ovim projektnim prijedlogom u okviru odobrenih godišnjih planova specijalističkih usavršavanja za 2019., 2020. i/ili 2021. godinu.

Prijavitelj **<** *upisati**naziv, adresu i OIB Prijavitelja*  >

Ime i prezime:

Funkcija:

Potpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i pečat

U < *umetnuti mjesto* >, dana < *umetnuti* *datum* > godine.