

*Izpolni prijavitelj kandidata na preizkus:

.....

.....

(družba, naslov, telefon, fax)

RS, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve
INŠPEKTORAT REPUBLIKE SLOVENIJE
ZA DELO
Parmova 33

1000 LJUBLJANA

NAROČILNICA št.

**ZA OPRAVLJANJE PRVEGA PREIZKUSA ZNANJA STROKOVNE
USPOSOBLJENOSTI KOORDINATORJEV ZA VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU
NA ZAČASNIH IN PREMILNIH GRADBIŠČIH**

Navedba (družbe) plačnika računa			
Naslov plačnika računa			
Davčni zavezanec po zakonu o davku na dodano vrednost	DA / NE	Davčna številka	
IZJAVA IZDAJATELJA NAROČILNICE:			
Plačilo stroškov preizkusa bo izvedeno najkasneje v 8 dneh po prejemu računa na naslov naročnika.			

Na preizkus prijavljamo naslednje/ga kandidata/ko (ime in priimek , tiskane črke):	Preizkus za fazo: a) priprave	Preizkus za fazo b) priprave in izvajanja
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		
11)		
Opomba: v kolikor prijavljate več kandidatov, priložite poseben seznam in ga označite kot prilogo k naročilnici	Ustrezno vpiši (a)	Ustrezno vpiši (b)

V, dne

(žig in podpis odgovorne osebe izvajalca usposabljanja)