**Podatki za plačilo strokovnega izpita**

Naziv prejemnika: **Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova ulica 9, 1000 Ljubljana**

Namen plačila: **(ime in priimek kandidata) – strokovni izpit**

Koda namena: **OTHR**

Znesek: **200 € celoten izpit, 50€ ena vsebina**

IBAN prejemnika: **SI56 0126 1603 0921 845**

Referenca prejemnika: **SI00 24**

**Pomembno!** Dokazilo o plačilu je potrebno priložiti k prijavi na strokovni izpit.