** RKS – OBMOČNO ZDRUŽENJE MARIBOR**

**VLOGA ZA IZDAJO DVOJNIKA POTRDILA O OPRAVLJENEM IZPITU IZ PRVE POMOČI VMV**

**PROSIMO PIŠITE Z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| Priimek in ime(priimek, ki je bil veljaven v času opravljanja izpita) |  |
| Novi priimek(v primeru spremembe) |  |
| Datum in kraj rojstva(dan, mesec, leto) |  |
| Naslov(ulica, številka, kraj in št. pošte)v času, ko ste opravljali izpit |  |
| Sedanje stalno bivališče(ulica, številka, kraj in št. pošte) |  |
| GSM: | e- mail: |

LETO OPRAVLJANJA IZPITA IZ PRVE POMOČI ZA VOZNIKE MOTORNIH VOZIL
(navedite lahko največ tri možna leta opravljanja)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. |
|  |  |  |

Dvojnik želim prejeti:

1. osebno na sedežu organizacije
2. po pošti

Izjava prosilca: Izjavljam, da so podatki, ki sem jih navedel-a v vlogi za izdajo dvojnika potrdila točni in da sem seznanjen-a s postopki oddaje vloge.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Podpis: |

**Zapisnik: Podatki v registru (izpolni RKS – OZ Maribor)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum in leto opravljanja izpita:** | **Številka potrdila:** |
| **Datum prejema vloge:** |  |
| **Datum izdaje predračuna:** |  |
| **Datum naročila izkaznice:** |  |
| **Prosilec, ki ni zaveden v registru in je obveščen dne:** |  |
| **Prosilec je prejel dvojnik, dne :** | **Podpis:** |