**PRIJAVNICA**

**E-poštni naslov \***

**Ime in priimek \***

**Funkcija, naziv \***

**Organizacija \***

**Podatki, ki jih bomo z vašo potrditvijo zabeležili v bazo in uporabljali za namene obveščanja o naših aktivnostih, so ime, priimek, funkcija, organizacija in e-naslov.  Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, bo vaše podatke uporabljalo skladno z veljavno zakonodajo in podanim soglasjem ter jih skrbno varovalo od datuma potrditve do preklica soglasja.**

**Vse podatke, navedene na tem obrazcu, lahko kadar koli prostovoljno popravite, izbrišete (»pravica do pozabe«). V tem primeru pošljite elektronsko sporočilo.**

**\***

* + ( ) Soglašam

**VAŠI PREDLOGI IN VPRAŠANJA**

**Spoštovani, spodaj lahko podate vaše predloge ali vprašanja na izbrani sklop, ki bo obravnavan na srečanju. Znakovno ste omejeni na 200 znakov.**

**1. sklop: Predstavitev ukrepov za stabilizacijo zdravstvenega sistema**

|  |
| --- |
|  |

**2. sklop: Predstavitev ukrepov za zajezitev širjenja in blaženja posledic epidemije COVID-19 na področju zdravstva**

|  |
| --- |
|  |