



Aktiva varovanje d.d.
Kraljeviča Marka ulica 5
SI-2000 Maribor, Slovenija

T: +386 2 230 30 10
E: varovanje@aktiva.si
www.aktiva.si

Ime in priimek kandidata (-tke): _____ Član SD: _____
 Naslov: _____ Plačnik: _____
 Poštna št. in kraj: _____ ID za DDV:SI _____
 EMŠO: _____ Naslov: _____
 Elektronski naslov: _____
 Telefon: _____ Pošta: _____
 Datum: _____

Na: Aktiva Varovanje d.d., Kraljeviča Marka ulica 5, 2000 Maribor

ZADEVA: Prijava k preizkusu znanja o ravnanju z orožjem

Na podlagi 12.člena Pravilnika o usposabljanju in preizkusu znanja o ravnanju z orožjem (Ur. I. RS 102/2015) se prijavljam (prvič – drugič –..) _____ k preizkusu znanja o ravnanju z orožjem.

Podatki o kandidatu:

Ime in priimek: _____
 Roj. podatki: _____
 Kraj rojstva: _____
 Stalno bivališče: _____

Izjavljam, da so navedeni podatki resnični in soglašam, da jih izvajalec preizkusa sme uporabljati za vodenje ustreznih evidenc.

Podpis kandidata /tke: _____

