

IME I PREZIME:

DATUM POČETKA KRUŽENJA:

SPECIJALIZACIJA: **FIZIKALNA MEDICINA**

PROGRAM KRUŽENJA NA PEDIJATRIJI

1 MESEC

Potpis odgovornog lica

HEMATOONKOLOGIJA	1 NEDELJA	
NEONATOLOGIJA	1 NEDELJA	
PULMOLOGIJA	1 NEDELJA	
NEUROEPILEPTOLOGIJA	1 NEDELJA	