

PRISTOPNA IZJAVA

Osebni podatki

Ime: _____

Priimek: _____

Datum rojstva: _____

Kraj rojstva: _____

Izobrazba: _____

Zaposlitev: _____

Delovno mesto: _____

Naslov stalnega bivališča

Ulica oz. kraj in hišna številka: _____

Poštna številka in kraj: _____

Občina: _____

Kontakti

GSM: _____

E-mail: _____

Sprejemam statut Slovenskega združenja zdravstvenih so/delavcev v revmatologiji in pristopam kot njegov član.

Datum:

Podpis: