



PRISTUPNICA

kojim pristupam Društvu medicinskih sestara/ tehničara digestivne kirurgije

IME I PREZIME : _____

DATUM I GODINA ROĐENJA : _____

OIB : _____

ZANIMANJE : _____

STRUČNA SPREMA: _____

USTANOVA ZAPOSLENJA : _____

NAZIV RADNOG MJESTA : _____

KUĆNA ADRESA : _____

TELEFON I/ILI MOBITEL : _____

E – MAIL : _____

Napomena:

U potpunosti sam upoznat/a s dužnostima i pravima člana/ice Društva, s odredbama Statuta te izjavljujem da ih u potpunosti prihvaćam.

Mjesto i datum; _____

Potpis _____