



PRISTOPNA IZJAVA

na podlagi katere želim postati član Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Ljubljana, Dunajska cesta 162.

Osební podatki			
Ime in priimek (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)			
Rojstni podatki (datum in kraj rojstva)			
Zasebni podatki			
Naslov (ulica in hišna številka)			
Poštna številka in kraj			
Telefon:		Fax:	
Elektronska pošta			
Službeni podatki			
Naziv ordinacije			
Naslov ordinacije (ulica in hišna številka)			
Poštna številka in kraj			
Telefon:		Fax:	
Elektronska pošta			
Dejavnost			
Navodilo: obkrožite oziroma napišite ustrezno	1. SPLOŠNA MEDICINA	2. ZOBOZDRAVSTVO	3. SPECIALISTIČNA
	1. a DRUŽINSKA MEDICINA	Vrsta specializacije: _____ _____	Vrsta specializacije: _____ _____
	Specializacija: DA NE		

Datum začetka opravljanja zasebne dejavnosti		Koncesija (obkrožite)	DA	NE
SOGLASJE: Podpisani zdravnik/zobozdravnik soglašam z obdelavo zgoraj navedenih ali naknadno z naše strani sporočenih podatkov za namene članstva našega delodajalca in izvajanje njihovih pravic ali naših pravic kot pri njem zaposlenih zdravnikov/zobozdravnikov (obveščanje o novostih, dostop do spletne strani, izmenjava podatkov in dokumentov, vabila na posvete in srečanja ter podobno) ter skladno z našo odločitvijo tudi za javno objavo (brez rojstnega datuma) na svetovnem spletu.			PODPIS in žig	

Kraj in datum: _____