

**PRISTOPNA IZJAVA**

na podlagi katere želi poslovni subjekt (pravna oseba, s.p., zasebnik) postati član Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (Združenje), Ljubljana, Dunajska cesta 162

PODATKI O POSLOVNEM SUBJEKTU IN ORDINACIJI				
NAZIV FIRME				
SEDEŽ FIRME (ulica in hišna številka)				
Poštna številka in kraj				
Davčna številka				
NASLOV ORDINACIJE (ulica in hišna številka)				
Poštna številka in kraj				
telefon v ordinaciji:		GSM v ordinaciji:		
faks v ordinaciji:		e-naslov v ordinaciji:		
Datum začetka opravljanja dejavnosti		KONCESIJA (obkrožite)	DA	NE
PODATKI O ZAPOSLENIH ZDRAVNIKIH/ZOBOZDRAVNIKIH – POOBlašČENCIH ZA ZASTOPANJE PRAVNE OSEBE V ZDRUŽENJU				
IME IN PRIIMEK (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)				
Datum rojstva:		vaš osebni GSM:		
		vaš osebni e-naslov:		
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
IME IN PRIIMEK (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)				
Datum rojstva:		vaš osebni GSM:		
		vaš osebni e-naslov:		
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
IME IN PRIIMEK (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)				
Datum rojstva:		vaš osebni GSM:		
		vaš osebni e-naslov:		
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
DEJAVNOST				
Navdilo: obkrožite oziroma napišite ustrezno	1. SPLOŠNA MEDICINA	2. ZOBOZDRAVSTVO Vrsta specializacije:	3. SPECIALISTIČNA Vrsta specializacije:	
	1.a DRUŽINSKA MEDICINA	_____	_____	

Kraj in datum: _____

Žig podjetja in podpis: _____