



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 za račune (obkrožite)	po pošti	po e-pošti na e-naslov:	
NASLOV ORDINACIJE (ulica in hišna številka)			
Poštna številka in kraj			
telefon v ordinaciji:			
GSM v ordinaciji:		e-naslov v ordinaciji:	
faks v ordinaciji:		spletna stran ordinacije:	
Datum začetka opravljanja dejavnosti		KONCESIJA (obkrožite) DA NE	
PODATKI O POOBLAŠČENCU ZA ZASTOPANJE PRAVNE OSEBE V ZDRUŽENJU			
IME IN PRIIMEK (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)			
Datum rojstva:	vaš osebni GSM:	PODPIS	
	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.			
PODATKI O ZAPOSLENIH ZDRAVNIKIH/ZOBOZDRAVNIKIH			
IME IN PRIIMEK (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)			
Datum rojstva:	vaš osebni GSM:	PODPIS	
	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.			
IME IN PRIIMEK (z vsemi akademskimi in strokovnimi nazivi)			
Datum rojstva:	vaš osebni GSM:	PODPIS	
	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.			
DEJAVNOST			
Navodilo: obkrožite oziroma napišite ustrezno	1. SPLOŠNA MEDICINA	2. ZOBOZDRAVSTVO	3. SPECIALISTIČNA
	1.a DRUŽINSKA MEDICINA	Vrsta specializacije: _____	Vrsta specializacije: _____

Kraj in datum: _____

Žig podjetja in podpis: _____