



IZJAVA

Podpisani/-a _____ sem član/-ica

Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

in soglašam s kandidaturo za _____

Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

v mandatnem obdobju november 2025 do november 2029.

Podpis: _____

Kraj in datum: _____