

## ***PRISTOPNA IZJAVA***

### ***Osebni podatki***

Ime: \_\_\_\_\_

Priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Izobrazba: \_\_\_\_\_

Zaposlitev: \_\_\_\_\_

Delovno mesto: \_\_\_\_\_

### ***Naslov stalnega bivališča***

Ulica oz. kraj in hišna številka: \_\_\_\_\_

Poštna številka in kraj: \_\_\_\_\_

Občina: \_\_\_\_\_

### ***Kontakti***

GSM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Sprejemam statut Slovenskega združenja zdravstvenih so/delavcev v reumatologiji in pristopam kot njegov član.

Datum:

Podpis: