

**ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE****PRISTOPNA IZJAVA**

Prosim, pošljite izpolnjen in podpisan obrazec po elektronski pošti
na elektronski naslov vajd@mf.uni-lj.si

A	NAZIVI						
Označite kvadratik pred nazivom, ki ga imate							
<input type="checkbox"/>	Spec. spl./druž. med.	<input type="checkbox"/>	Spec. druge stroke	<input type="checkbox"/>	Specializant DM	<input type="checkbox"/>	Brez specializacije
<input type="checkbox"/>	Primarij	<input type="checkbox"/>	Asistent	<input type="checkbox"/>	Drug naziv _____		
<input type="checkbox"/>	Magister znanosti	<input type="checkbox"/>	Doktor znanosti				
Označite ustrezni kvadratik				Označite, če ste član SZD			
<input type="checkbox"/>	Ženska	<input type="checkbox"/>	Moški	<input type="checkbox"/>	Član SZD	DA	NE
B	OSEBNI PODATKI – domači naslov za evidenco članstva*						
PRIIMEK				IME			
Ulica					Številka		
Kraj					Poštna številka		
C	PODATKI O DELOVNEM MESTU – vaši kontaktni podatki						
Zavod ali zasebni izvajalec							
Ulica					Številka		
Kraj					Poštna številka		
Tel.:		Faks:		Mobilni telefon			
D	KONTAKTNI E-MAIL NASLOV						
E	INTERESI						
Želim sodelovati v naslednjih delovnih skupinah ali organih							
F	IZJAVA						
<p>S podpisom izjavljam, da se strinjam, da me do preklica vodite v evidenci članov Združenja zdravnikov družinske medicine, s katero upravlja Združenje zdravnikov družinske medicine v skladu z veljavnimi predpisi. Svoj naslov – kontaktne podatke – dovoljujem uporabiti Združenju za raziskovalne namene ter za pošiljanje strokovnih in organizacijskih informacij Združenja vključno s časopisom Družinska medicina. Z vključitvijo v evidenco uveljavljam pravice in dolžnosti člana, ki mi pripadajo na podlagi Statuta Združenja zdravnikov družinske medicine (http://www.drmed.org/zdms/statut-01.htm) in sklepov organov Združenja. Seznanjen sem, da mora biti član Združenja zdravnikov družinske medicine tudi član Slovenskega Zdravniškega društva, kar zahteva tudi izpolnitev pristopne izjave k Slovenskemu zdravniškemu društvu ter plačilo letne članarine.</p>							
G	DOVOLJENJE ZA REDNO POŠILJANJE OBVESTIL IN STROKOVNIH SPOROČIL						
Dovoljujem, da mi redno pošiljate vsa organizacijska in strokovna sporočila DA NE							

Datum:

Podpis:
