ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE

PRISTOPNA IZJAVA

Prosim, pošljite izpolnjen in podpisan obrazec po elektronski pošti
na elektronski naslov: info@drmed.org

A NAZIVI

OZNAČITE KVADRATEK PRED NAZIVOM, KI GA IMATE

	Spec. spl./druž. med.		Spec. druge stroke		Specializant DM		Brez specializacije
	Primarij		Asistent		Drug naziv		
	Magister znanosti		Doktor znanosti				

OZNAČITE USTREZNI KVADRATEK

	Ženska		Moški

OZNAČITE, ČE STE ČLAN SZD

	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

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/zzdms/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.

G DOVOLJENJE ZA REDNO POŠILJANJE OBVESTIL IN STROKOVNIH SPOROČIL

Dovoljujem, da mi redno pošiljate vsa organizacijska in strokovna sporočila DA NE

Datum: **Podpis:**

Združenje zdravnikov družinske medicine zagotavlja, da bo z osebnimi podatki ravnalo skladno z GDPR ter jih uporabljalo izključno za namene svojega delovanja.