

**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 ustrezní 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

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:**
