

Redni br. _____

PRISTUPNICA

Ime, Ime oca, Prezime _____

Datum i mjesto rođenja / Grad, Općina, Država/ _____

Specijalizacija iz _____, u _____ 19_____ godine.

Uža specijalnost _____

Profesionalno zvanje i položaj _____

Znanstveno i nastavno zvanje _____

Naziv i adresa ustanove ili privatne prakse _____

Kućna adresa i telefon, e-mail _____

Član HLZ od _____ godine.

Izjavljujem da svojevolumno pristupam Hrvatskom društvu za oralnu kirurgiju, da ću se kao član u potpunosti pridržavati etičkog kodeksa, Statuta i Pravilnika o radu Društva s kojim sam u potpunosti upoznat te da ću čuvati ugled Društva i pridonijeti njegovom radu.

U Zagrebu, _____ 20___ godine.

(vlastoručni potpis)

(popunjava tajnik Društva)=====

Na sjednici Upravnog odbora Društva dana _____ 20___ godine, odlučeno je da se

PRIMA	-	NE PRIMA	u članstvo kao:
- redovni		- pridruženi	-umirovljeni član.
		-začasni	

Prava i obveze članstva ostvaruju se danom uplate članarine.

(potpis tajnika)

(potpis predsjednika)