



HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE

www.hdmsarist.hr

PRISTUPNICA ZA ČLANSTVO

IME	_____
PREZIME	_____
DATUM ROĐENJA	_____
OIB	_____
ADRESA	_____
GRAD	_____
TELEFON	_____
MOBITEL	_____
E-MAIL ADRESA	_____
USTANOVA ZAPOSLENJA	_____
ODJEL	_____
ADRESA USTANOVE	_____
TELEFON	_____
E MAIL ADRESA	_____
VRSTA ČLANSTVA	_____
DATUM PRISTUPANJA	_____

Svojim potpisom prihvaćam odredbe Statuta Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije od 11. prosinca 2014. godine, prihvaćam korištenje svojih osobnih podataka u svrhu rada Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije te dajem suglasnost da mi sukladno odredbama Statuta i odlukama Skupštine izvrši obustava godišnje članarine na plaći.

Vlastoručni potpis:
