

PRISTOPNA IZJAVA – INDIVIDUALNO ČLANSTVO

1	Priimek:	Ime:	
2	Dekliški priimek:	Državljanstvo:	
3	Datum in kraj rojstva:	EMŠO:	
4	Stalno prebivališče (ulica in številka, poštna številka in kraj):		
5	Začasno prebivališče (ulica in številka, poštna številka in kraj):		
6	Elektronska pošta:		
7	Zaposlitev	Zavod / zasebnik, ulica in številka, poštna številka in kraj:	
		Delovno mesto:	
8	Diploma (Univerza, fakulteta, smer):		Datum:
8	Strokovni izpit (Izdajatelj potrdila, št. potrdila):		Datum:
9	Specializacija iz / kraj opravljanja specializacije:		Datum:
10	Magisterij (Univerza, fakulteta, področje):		Datum:
11	Doktorat (Univerza, fakulteta, področje):		Datum:
12	Pridobljeni pedagoški, akademski, častni nazivi:		Datum:
13	Priznana dodatna znanja (vrsta, datum, dokazilo):		Datum:
14	Članstvo v domačih in tujih združenjih:		

Lekarniška zbornica Slovenije se obvezuje, da bo zbrane podatke vodila v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov.

S tem podpisom potrjujem, da se želim včlaniti v Lekarniško zbornico Slovenije kot prostovoljni individualni član, da bom spoštoval določila Statuta in drugih aktov zbornice, in soglašam, da se moje podatke lahko uporabi za namene informiranja in uporabo, skladno s predpisi, na Lekarniški zbornici Slovenije.

V _____, dne _____

(podpis)

Prosimo vas da prijavnico pošljete po pošti na naslov:

Lekarniška zbornica Slovenije, Vojkova 48, 1000 Ljubljana, s pripisom »Individualno članstvo«.