

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 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«.