



HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR
HRVATSKO DRUŠTVO ZA PREVENTIVNU
I SOCIJALNU PEDIJATRIJU



PRISTUPNICA ZA UČLANJENJE

Titula, Ime i prezime
Datum i mjesto rođenja, OIB
Adresa stanovanja
Kontakt podaci (telefon, mobitel, e-mail)
Zaposlenje (institucija, adresa, odjel)
Specijalist pedijatar (DA/NE)

Ispunjavanjem pristupnice izražavam svoju želju za učlanjenjem u Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju.

Mjesto i datum

Potpis