

## PRISTOPNA IZJAVA

Podpisani/a (ime in priimek) .....

rojen/a (datum in kraj rojstva) .....

želim postati član/ica Zbornice laboratorijske medicine Slovenije in sem seznanjen/a z njenim Statutom.

Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna številka, poštna številka in kraj):

.....  
.....

Elektronska pošta: .....

Ustanova zaposlitve: .....

Naslov ustanove (ulica, hišna številka, poštna številka in kraj):

.....  
.....

Telefonska številka: .....

Elektronska pošta: .....

Diploma (univerza, fakulteta, smer): .....

.....  
.....

Pridobljena specializacija iz .....

Pridobljeni znanstveni, pedagoški, častni nazivi: .....

Datum: .....

Podpis: .....

## SOGLASJE

Podpisani/a (ime in priimek) .....

rojen/a (datum in kraj rojstva) .....

### **soglašam,**

da se mi članarina za članstvo v Zbornici laboratorijske medicine Slovenije odteguje od osebnega dohodka.

Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna številka, poštna številka in kraj):

.....  
.....

Ustanova zaposlitve: .....

Naslov ustanove (ulica, hišna številka, poštna številka in kraj):

.....  
.....

Datum: .....

Podpis: .....

Po prejemu Pristopne izjave, Soglasja in ureditvi mesečnega plačila boste prejeli geslo za dostop do vsebin spletne strani ZLMS, ki so namenjene njenim članom.

Zbornica laboratorijske medicine Slovenije se obvezuje, da bo zbrane podatke vodila v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonom o zdravstveni dejavnosti.

*Lep pozdrav!*  
*ZLMS*