



SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
Dunajska 162, 1000 LJUBLJANA

PODATKI O ČLANU

Podpisani/a (Ime in priimek): _____

Stanujoč/a (ulica, hišna št., št. post, kraj): _____

Naziv- strokovni- (dr.med./dr..dent.med): _____

Rojen/a (datum in kraj rojstva): _____

Želim postati član Slovenskega zdravniškega društva.

S podpisom te izjave se obvezujem se, da bom izpolnjeval/la pravila Zveze društev - Slovenskega zdravniškega društva in spoštoval/a načela kodeksa medicinske deontologije.

Datum: _____

Podpis: _____

ANKETNI LIST

1. Kdaj in kje ste diplomirali: _____

2. Kdaj in kje ste opravili specializacijo: _____

3. Naziv opravljene specializacije: _____

4. Ustanova, v kateri delate: _____

telefon: _____ E- naslov: _____

5. Sekundarij od / Specializant od: _____

6 Magisterij (kje, kdaj): _____

7. Doktorat znanosti (kje, kdaj): _____

8. Habilitacija (datum)Asist Docent _____ Izred. prof. _____ Redni prof. _____

9. V kateri sekciji/združenju SZD želite sodelovati: _____

10. Član katerih tujih strokovnih združenj ste: _____

11. Kam želite prejemati Zdravniški vestnik: - na domač naslov - na delovno mesto - (ustrezno obkrožite)

12. Predlogi in pripombe v zvezi z Zdravniškim vestnikom: _____

13. Predlogi in pripombe k delu ZD – SZD: _____