

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO, Dunajska 162, 1000 LJUBLJANA

PODATKI O ČLANU

Podpisani/a (ime in priimek): _____

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

Strokovni naziv (dr. med. / dr. dent. med.): _____

Rojen/a (datum in kraj rojstva): _____

Telefon: _____ E- naslov: _____

Želim postati član Slovenskega zdravniškega društva.

S podpisom te izjave se obvezujem se, da bom izpolnjeval/a pravila Zveze društev -Slovenskega zdravniškega društva (SZD) in spoštoval/a načela kodeksa medicinske deontologije. V primeru imenovanja ali izvolitve v organe SZD in/ali strokovna telesa SZD soglašam z javno objavo podatkov o svojem imenu, izobrazbi, nazivu in elektronskem naslovu, ki se objavijo v skladu s cilji, nameni in nalogami SZD (npr. objava na spletni strani SZD).

Seznanjen sem z možnostjo, da lahko podano privolitve kadarkoli delno ali v celoti prekličem. To lahko storim s pisno izjavo, naslovljeno na naslov Zveza društev – Slovensko zdravniško društvo, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, matična številka: 5162840000, ali na elektronski naslov: tajnistvo@szd.si in upravljavec bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehal naslednji dan po prejemu preklica privolitve.

Upravljavec osebnih podatkov zagotavlja, da se bodo podatki uporabljali le za namen za katerega so zbrani.

ANKETNI LIST ČLANA

1. Kdaj in kje ste diplomirali: _____

2. Kdaj in kje ste opravili specializacijo: _____

3. Naziv opravljene specializacije: _____

4. Ustanova, v kateri delate: _____

Telefon: _____ E-mail naslov: _____

5. Sekundarij od / specializant od: _____

6. Magisterij (kje, kdaj): _____

7. Doktorat znanosti (kje, kdaj): _____

8. Habilitacija (datum) Asist. doc. _____ 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 domači naslov / na delovno mesto – (obkrožite)

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

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

Datum: _____

Podpis: _____