**SEKCIJA ZA ANTIKOAGULACIJSKO ZDRAVLJENJE IN PREPREČEVANJE TROMBEMBOLIČNIH BOLEZNI  SZD**

PRISTOPNA IZJAVA

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime in priimek:** |  |
| Poklic: |  |
| Specializacija: |  |
|  |  |
| Službeni naslov |  |
| Ustanova: |  |
| Oddelek: |  |
| Ulica: |  |
| Pošta: |  |
| Telefon: |  |
| **E-mail** (***obvezno***): |  |
|  |  |
| Domači naslov | (izpolnite le, če želite) |
| Ulica: |  |
| Pošta: |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |

Pristopam k ***Sekciji za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje trombemboličnih bolezni SZD*** in se strinjam z njenim [statutom](http://trombo.net/index.php/sekcija/pristopna-izjava)[**.**](http://www.trombo.net/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=70)

Kraj, datum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_