**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_