ZDRUŽENJE ZA
MEDICINSKO GENETIKO
Slovensko zdravniško društvo
Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel/fax: +386 1 540 11 37

PRIJAVNICA ZA ČLANSTVO

Naziv: _____ **Ime in priimek**: _____

Leto rojstva _____

Službeni naslov (polni naziv ustanove):

_____

Ulica, številka:_____

Pošta, kraj:_____

Telefon: _____ Fax:_____

Elektronska pošta: _____

Domači naslov:

Ulica, številka:_____

Pošta, kraj: _____

Telefon: _____

Elektronska pošta na katero želim prejemati novice/obvestila: _____

Področje interesa v medicinski genetiki:
_____-

Datum: Podpis:

Izpolnjeno prijavnico pošljite na naslov: Združenje za medicinsko genetiko, Klinični inštitut za medicinsko genetiko, Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana ali skenirano na e-mail: lucalovrecic@gmail.com, babic.bozovic@gmail.com.