



HRVATSKO DRUŠTVO ONKOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

PRISTUPNICA

IME : _____

PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____

ADRESA: _____

GRAD: _____

TELEFON: _____

E-MAIL: _____

USTANOVA: _____

ODJEL: _____

ADRESA USTANOVE: _____

TELEFON: _____

E-MAIL: _____

VRSTA ČLANSTVA: _____

Svojim potpisom prihvaćam odredbe Statuta Hrvatskog društva onkoloških medicinskih sestara i medicinskih tehničara od 30. srpnja 2021. godine.

DATUM

VLASTORUČNI POTPIS