



PRISTUPNICA U UDRUGU MEDICINSKIH SESTARA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Ime:	
Prezime:	
Datum rođenja:	
Adresa:	
OIB:	
Telefon/fax:	
E pošta:	
Stručna sprema:	
Ustanova/priv. praksa:	
Adresa ustanove:	
Telefon /Fax:	
E-pošta:	
Mjesto:	
Datum:	

Izjavljujem da prihvaćam Statut i ostale akte Udruge medicinskih sestara zdravstvene njege u kući.

Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovih podataka s ciljem bolje komunikacije Udruge sa članstvom.

Vlastoručni potpis

Ispunjenu prijavnicu poslati poštom ili e-mailom na adresu udruge.