



ISPISNICA ČLANSTVA U UDRUZI MEDICINSKIH SESTARA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Ime:	
Prezime:	
Datum rođenja:	
Adresa:	
Telefon/fax:	
E pošta:	
Stručna sprema:	
Ustanova/priv. praksa:	
Adresa:	
Telefon /Fax:	
E-pošta:	
Razlog prestanka članstva:	
Član udruge sam od :	
Datum prekida članstva:	

Izjavljujem da sa danom _____ želim da se prekine moja članska obveza u Udruzi medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Sve moje članske obveze podmirene su do dana _____ g.

Vlastoručni potpis

Ispunjen zahtjev poslati poštom na adresu udruge: