

FORMULAR ZA ČLANSTVO U HDKM

Ime	
Prezime	
OIB	
Zvanje	
Titula	
Specijalistički staž (za struke sa specijalizacijom)	
Godina položenog specijalističkog ispita	
Ustanova	
Odjel	
Funkcija na odjelu	
Adresa Ustanove	
Adresa za kontakt	
E-mail adresa	
Telefon	
Funkcija u Društvu	
Članarina HLZ-a (DA/NE)	
Članski broj HLZ-a	
Broj licence	

Ispunjeni formular poslati na e-mail maja.velickovic@kbc-zagreb.hr