

## PRISTUPNICA ZA UČLANJENJE – OBNOVU ČLANSTVA U HLZ

Ime: \_\_\_\_\_

Prezime: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_

Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Županija: \_\_\_\_\_

Mobitel: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Zvanje: \_\_\_\_\_

Titula: \_\_\_\_\_

Završeni fakultet: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Godina: \_\_\_\_\_

Specijalnost: \_\_\_\_\_

Godina i mjesto spec.ispita: \_\_\_\_\_

Subspecijalnost: \_\_\_\_\_

Naziv ustanove u kojoj radite: \_\_\_\_\_

Adresa ustanove: \_\_\_\_\_

Umirovljenik:  DA  NE

Ako DA od koje godine: \_\_\_\_\_

Je li uži član obitelji član HLZ-a?  DA  NE

(ako jest, navedite ime i srodstvo)

### ČLANSTVO U STRUČNOM DRUŠTVU HLZ-a (upišite točan naziv društva):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### ČLANSTVO U SEKCIJAMA HLZ-a:

### ČLANSTVO U KLUBOVIMA HLZ-a:

Datum učlanjenja u HLZ (popunjava HLZ): \_\_\_\_\_

Podružnica HLZ-a (popunjava HLZ): \_\_\_\_\_

Članski broj (popunjava HLZ): \_\_\_\_\_

=====

=====

**IZJAVLJUJEM DA SVOJEVOLJNO PRISTUPAM HRVATSKOM LIJEČNIČKOM ZBORU TE DA ĆU SE, KAO ČLAN, U POTPUNOSTI PRIDRŽAVATI ETIČKOG KODEKSA, STATUTA I PRAVILNIKA HLZ-a, DA ĆU ČUVATI UGLED HRVATSKOGA LIJEČNIČKOG ZBORA I PRIDONIJETI NJEGOVOM RADU.**

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

Uz popunjenu i vlastoručno potpisanu pristupnicu za učlanjenje u HLZ potrebno je donijeti/dostaviti:

1. Kopiju diplome ili liječničke iskaznice ovlaštene Komore na uvid,
2. popunjenu i potpisanu privolu za obradu osobnih podataka koja se nalazi na web stranici HLZ-a,
3. jednu malu fotografiju (može digitalna na e-mail [tajnistvo@hlz.hr](mailto:tajnistvo@hlz.hr))
4. uplatiti članarinu u iznosu od 30,00 eura (inozemstvo 60 eura) u računovodstvu HLZ-a ili na IBAN žiroračuna naveden u zaglavlju (ako plaćate uplatnicom ili internet bankarstvom, dostaviti potvrdu o uplati)