



# Hrvatska udružba obiteljske medicine

---

## Croatian association of family medicine

### PRIJAVA ZA ČLANSTVO

/ Molim ispuniti štampanim slovima /

IME I PREZIME: .....

OIB: .....

Županija (podružnica): .....

Mjesto: ..... Pošt.br: ..... e-mail: .....

FAKULTET: ..... Datum diplomiranja: .....

Postdiplomski studij iz: .....

Specijalizacija: .....

Datum specijalističkog ispita: .....

Druge kvalifikacije ili diplome: .....

Znanstveni ili nastavni stupanj: .....

Znanje stranog jezika (kojeg): .....

U kojoj radnoj grupi želite učestvovati: .....

Da li se aktivno bavite obiteljskom medicinom:    DA    NE

Ako "DA", koliko dugo se bavite obiteljskom medicinom ..... godina

Ako "NE", koja je trenutna aktivnost .....

***Ovim obećavam da ću uložiti sve svoje sposobnosti i znanje u promidžbi ciljeva Udružbe.***

Potvrđujem da su navedeni podaci vjerodostojni i dajem osobni pristanak da se isti upišu u Registar članova.

**Također se obavezujem na čuvanje povjerljivosti podataka koje dobijem na temelju članka 12. stavka 5. Zakona o udrugama ("NN" 74/14, 70/17), te iste neću dostavljati/davati na korištenje niti na bilo koji drugi način učiniti dostupnim trećim (neovlaštenim) osobama.**

Mjesto i datum:

.....

Potpis podnosioca:

.....