



**Društvo za neuromuskularne bolesti i kliničku
elektromioneurografiju - HDNRMB
Hrvatski liječnički zbor
*hdnrmb.mef.hr***

10000 Zagreb, Šubićeva 9

*e-pošta: **hdnrmb@mef.hr***

PRISTUPNICA I SUGLASNOST

Ime i prezime	
Datum rođenja	Država rođenja
Adresa stanovanja:	Pošt. br. i mjesto
Telefon kući	Mobitel
Zanimanje	Na radnom mjestu obavljam poslove
Ustanova	
Adresa radnog mjesta	Telefon na radnom mjestu
Faks na radnom mjestu	e-pošta

Svojom voljom pristajem biti član *Društvo za neuromuskularne bolesti i kliničku elektromioneurografiju – HDNRMB pri Hrvatskom liječničkom zboru* s danom potpisa ove Pristupnice.

Ovime dajem suglasnost da me se tereti za članarinu koju se obvezujem uplaćivati jednom godišnje.

Mjesto i datum: Zagreb,

2001__.

Potpis:

