

- ČLENSKÁ PRIHLÁŠKA
 ROZŠÍRENIE ČLENSTVA

Pridelené číslo člena
(vyplní Sekretariát SLS)

I. Osobné údaje:

Meno _____

Priezvisko _____

Dátum narodenia _____

Adresa bydliska (resp. kontaktná adresa)

Ulica _____

Mesto _____

PSC _____

Adresa pracoviska

Ulica _____

Mesto _____

PSC _____

Telefón _____

Fax _____

E-mail _____

II. Dosiahnuté vzdelanie, vedecká a pedagogická hodnosť:

dosiahnuté vzdelanie _____

vedecká hodnosť _____

pedagogická hodnosť _____

III. Prihláška za člena Slovenskej lekárskej spoločnosti:

Prihlasujem sa za člena Slovenskej lekárskej spoločnosti v týchto organizačných zložkách (OZ) SLS - regionálnom spolku lekárov alebo farmaceutov (povinné), odbornej spoločnosti (spoločnostiach), prípadne sekciách odborných spoločností:

Spoločnosť

Sekcia

Regionálny spolok lekárov

Regionálny spolok farmaceutov

Prehlasujem, že ako člen Slovenskej endokrinologickej spoločnosti SLS budem dodržiavať Stanovy SLS, Príspevkový poriadok SLS, ako i ostatné vykonávacie predpisy a štatúty.

Dátum

Podpis:

v.r.

IV. Žiadam o:

Rozšírenie členstva v OZ SLS

Spoločnosť

Sekcia

Regionálny spolok lekárov

Regionálny spolok farmaceutov

Dátum

Podpis:

v.r.

Vyplnený vytlačený formulár zašlite prosím na adresu sídla Slovenskej lekárskej spoločnosti: Slovenská lekárska spoločnosť, Legionárska 4, 813 22 Bratislava.