

**HRVATSKO DRUŠTVO ZA SPREČAVANJE I SUZBIJANJE INFEKCIJA**

**PRISTUPNICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME:** |  |
| **PREZIME:** |  |
| **DATUM ROĐENJA:** |  |
| **OIB:** |  |
| **ADRESA:** |  |
| **GRAD:** |  |
| **TELEFON:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **USTANOVA:** |  |
| **ZVANJE/ZANIMANJE** |  |
| **ODJEL:** |  |

\*Svojim potpisom prihvaćam odredbe Statuta Hrvatskog društva za sprečavanje i suzbijanje infekcija od 2024. godine te prihvaćam korištenje svojih osobnih podataka za potrebe rada Društva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(DATUM) (VLASTORUČNI POTPIS)

E-mail: romana.palich@gmail.com