

Hematološko laboratorijsko združenje
Zaloška 7
1000 Ljubljana

PRISTOPNA IZJAVA

Ime in priimek _____

Rojen(a) _____ v kraju _____

Želim postati član(ica) Hematološkega laboratorijskega združenja.

Domači naslov _____

Domači telefon _____ Mobitel številka _____

Zaposlen(a) _____

Službeni telefon _____

E-mail naslov _____

Podatki o zaključeni izobrazbi

Zaključil(a) sem _____

S tem sem si pridobil(a) naziv _____

V _____, dne _____

Podpis _____

Pristopno izjavo pošljite na zgornji naslov ali preko e-poštnega naslova hermina.cibej@kclj.si.