



Vloga za izdajo članske izkaznice
Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS)

ID člana (izpolni ZZS): _____

Ime in priimek z nazivi:

Datum rojstva: _____

Stalni naslov (ulica, poštna št., kraj):

Naslov za pošiljanje pošte (če je drugačen kot stalni naslov):

E-pošta*: _____

Telefon*: _____

GSM*: _____

*podatek ni obvezen, je pa zelo priporočljiv zaradi lažje komunikacije zbornice z njenim članom

DA / NE strinjam se z uporabo navedenih podatkov za komercialne namene ZZS
(ustrezno obkroži).

Strinjam se z uporabo slike za potrebe izdaje članske izkaznice in z uporabo navedenih podatkov za potrebe ZZS.

Podpis:

Prostor za
fotografijo