

Adresa: Ul. Kapetana Đura Draškovića 74, 81 000 Podgorica, Crna Gora

Broj:

PRISTUPNICA ZA PRIJEM U ČLANSTVO UDRUŽENJA

Uz popunjenu pristupnicu uplatiti članarinu za tekuću godinu

Ime:

Zanimanje:

Prezime:.....

Naučno zvanje(ass, doc, prof):

Djev. prezime:.....

.....
Titula (dr med,mr sci,dr sci,prim):

Datum i mjesto rođenja:

.....
Fakultet,mjesto i godina dipl.:

.....

.....
Specijalizacija,mjesto i godina spec.

ispita:.....

Adresa stanovanja:.....

.....

Subspecijalizacija ili posebni afiniteti u
struci:.....

Mobitel:.....

Magisterij, mjesto i godina:.....

.....
Doktorat, mjesto i godina:.....

e-mail:.....

.....
Primarijat,mjesto i godina:.....

Ustanova u kojoj radite:.....

Dopunski rad:.....

.....

.....

Penzioner: Ne Da od godine:

Ovim izjavljujem da dobrovoljno pristupam Crnogorskom oftalmološkom društvu, te da ću se pridržavati Statuta udruženja i pridonijeti njegovom radu.

U dana.....

Potpis