

HRVATSKA UDRUGA KARDIOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA



PRISTUPNICA

IME: _____

PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____

ADRESA: _____

GRAD: _____

TELEFON: _____

E – MAIL: _____

USTANOVA: _____

ODJEL: _____

ADRESA USTANOVE: _____

TELEFON: _____

VRSTA ČLANSTVA: _____

Svojim potpisom prihvaćam odredbe Statuta Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara od 12. lipnja 2006. godine.

DATUM

VLASTORUČNI POTPIS
