ZBORNICA DELOVNIH TERAPEVTOV SLOVENIJE

PRISTOPNA IZJAVA

Podpisani/a (priimek in ime)_____

dekliški priimek_____

rojen/a v _____dne_____

stanujoč: ulica in štev._____

kraj_____pošt.štev._____

telefon _____e-naslov_____

državljanstvo_____

zaposlen/a (naziv in naslov)_____

_____

poštna številka:_____telefon:_____

delovno mesto_____

Področje dela: a. somatika ☐ b. psihiatrija ☐ c. geriatrija ☐ d. drugo_____
(ustrezno obkroži)

diplomiral /a na:_____

Kraj_____dne_____

Opravil/a naslednja podiplomska izobraževanja_____

_____

_____

se včlanjujem v Zbornico delovnih terapevtov Slovenije in soglašam, da bom na TRR Zbornice mesečno plačeval/a dogovorjeno članarino (osebno ali neposredno od osebnega dohodka).

V_____, dne_____ Podpis_____

Transakcijski račun: 02031 - 0015242778