

## PRISTUPNICA

Ovom pristupnicom dragovoljno stupam u članstvo sekcije mladih neurologa hrvatskog neurološkog društva hrvatskog liječničkog zbora.

Potvrđujem da ispunjavam uvjete za članstvo u sekciji mladih neurologa koji uključuju:

- Specijalist ili specijalizant neurologije starosti do 45 godina života **ILI**
- Specijalist neurologije s manje od 10 godina rada kao specijalist neurologije **ILI**
- Liječnik na specijalizaciji iz neurologije

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Ustanova: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Titula: \_\_\_\_\_

Trenutno zaposlen kao:

- a) Specijalist neurolog
- b) Specijalizant neurologije

Datum rođenja: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datum položenog specijalističkog ispita (za specijaliste): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Kontakt e-mail: \_\_\_\_\_

Kontakt telefon (nije obavezno): \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis:

Potpisanu pristupnicu molim poslati na e-mail adresu v.d. predsjednika sekcije mladih neurologa: [szupanic1@kbd.hr](mailto:szupanic1@kbd.hr) ili poštom na adresu naslovljeno na: za Sven Županić, dr. med., Zavod za neurologiju, Avenija Gojka Šuška 6, 10000 Zagreb