**PRISTUPNICA**

Ovom pristupnicom dragovoljno stupam u članstvo **Sekcije za glavobolje Hrvatskog neurološkog društva Hrvatskog liječničkog zbora.**

Potvrđujem da ispunjavam uvjete za članstvo u sekciji koji uključuju:

* Članstvo u Hrvatskom neurološkom društvu HLZ **I**
* Specijalizacija iz neurologije (neovisno o ranijoj užoj specijalizaciji)

**Ime i prezime:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ustanova:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OIB:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titula:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Trenutno zaposlen kao:**

* 1. Specijalist neurolog
	2. Specijalizant neurologije

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

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

**Uža specijalizacija iz neurologije : DA NE**

**ako DA** koja? ……………………………………………….

**Kontakt adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

Vlastoručni potpis:

Potpisanu pristupnicu molim poslati na e-mail adresu tajnika Sekcije za glavobolje: damir.petravic@kbc-zagreb.hr ili poštom na adresu naslovljeno na: Prof. dr. sc. Damir Petravić, Klinika za neurologiju, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb