



HRVATSKO DRUŠTVO ZA ULTRAZVUKOM VOĐENU REGIONALNU ANESTEZIJU
HRVATSKOGA LIJEČNIČKOG ZBORA ; HDUVRA – HLZ-a
CROATIAN SOCIETY OF ULTRASOUND GUIDED REGIONAL ANESTHESIA
MEDICAL ASSOCIATION



Sjedište : Šubičeva 9, 10000 Zagreb; tel.: +385 1 46 93 300; fax: +385 1 46 55 446,
Kontakt: Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i
liječenje boli , Krešimirova 42, 51000 Rijeka

TEL : 098/890744 FAX :051/658138 mail : miro_zupcic@yahoo.com email : predsjednik@hduvra.com.hr
IBAN žiroračuna: HR7423600001101214818, poziv na broj: 268-772

PRISTUPNICA ZA UČLANJENJE – OBNOVU ČLANSTVA U HDUVRA-HLZ-a

Uz popunjenu pristupnicu za ućlanjenje u HLZ potrebno je donijeti Diplomu na uvid, jednu malu fotografiju, te uplatiti ćlanarinu za HLZ (ako nije uplaćena) 30 eura

Ime:.....

Prezime:.....

Djev. prezime:.....

Datum roćlenja:.....

OIB:.....

Adresa stanovanja:.....

Grad:.....Poštanski br:.....

Źupanija:.....

Telefon(stanovanja):.....

Mobitel:.....

e-mail:.....

DrŹavljanstvo:.....Braćno stanje:.....

Da li je uŹi ćlan obitelji ćlan HLZ-a(ako jest, navedite
ime i srodstvo)?.....

Umirovljenik: NE DA Od koje godine:.....

Da li ste, i gdje, u bilo kojem obliku plaćenog
dopunskog rada?.....

Godina ućlanjenja u HLZ:.....

Ćlanski broj:.....

Zanimanje:.....

Zvanje:.....

Titula:.....

Završeni fakultet(i):

1. Fakultet:.....

Grad:.....Godina:.....

Magisterij, godina i mjesto:.....

Doktorat, godina i mjesto :.....

Primarijat, godina:.....

Ćlanstvo u AMZH, godina:.....

Specijalnost, godina i mjesto spec.ispita:.....

.....

Subspecijalnost:.....

Lijećnićki broj(prema HZZO-u):.....

Naziv ustanove u kojoj radite:.....

.....

Adresa ustanove:.....

.....

Grad:.....Źupanija:.....

Jedinica ustanove:.....

Telefon(ustanove):.....Fax:.....

PodruŹnica HLZ-a:.....

Obavijesti I ćasopise molim slati na adresu:

Stanovanja ☐ Ustanove ☐

ĆLANSTVO U STRUĆNOM DRUŠTVU HLZ-a
(upišite toćan naziv društvja):

1.

2.

3.

Źelim biti ćlan HDUVRA/HLZ-a sekcija
specijalizanata

Da Ne

.....
ĆLANSTVO U KLUBOVIMA HLZ-a

=====

IZJAVLJUJEM DA SVOJEVOLJNO PRISTUPAM
HRVATSKOM LIJEĆNIĆKOM ZBORU -
HRVATSKOM DRUŠTVU ZA ULTRAZVUKOM
VOĐENU REGIONALNU ANESTEZIJU TE DA
ĆU SE, KAO ĆLAN, U POTPUNOSTI
PRIDRŹAVATI ETIĆKOG KODEKSA, STATUTA I
PRAVILNIKA HLZ-a, DA ĆU ĆUVATI UGLED
HRVATSKOGA LIJEĆNIĆKOG ZBORA I -
HDUVRA TE PRIDONIJETI NJEGOVOM RADU.

U _____ dana _____

Potpis _____